UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 19

Contribution à l'Étude Critique de l'Hospitalisation Moderne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Octobre 1952

PAR

Claude-Raymond-Alfred PEY

Certificat d'Études spéciales de Médecine du Travail

Né à FOLLES (Haute-Vienne), le 28 Juin 1926

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, Professeur ..... *Président*

BROUSTET, Professeur..... *Juges*

MAHON, agrégé..... *Juges*

CHASTRUSSE, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE RENÉ SAMIE

21-23, rue Teulère

—

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 19

Contribution à l'Étude Critique de l'Hospitalisation Moderne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Octobre 1952

PAR

Claude-Raymond-Alfred PEY

Certificat d'Études spéciales de Médecine de Travail

Né à FOLLES (Haute-Vienne), le 28 Juin 1926

Examinateurs de la Thèse

MM. PIÉCHAUD, Professeur ..... *Président*
BROUSTET, Professeur.....
MAHON, agrégé..... *Juges*
CHASTRUSSE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, L. CHELLE
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. R. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
id.	BROUSTET.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
id.	MASSÉ.	Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie	DUFOUR.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	MAYER.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Hygiène et clinique de la tuberculose.	PIÉCHAUD.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Chimie	MESNARD	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Matière médicale	GOLSE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie	VITTE.	Thérapeutique	
Physiologie	FABRE.		
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Médecine générale		Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	BERGOUIGNAN.	Histologie	
id.	LENG-LÉVY.	Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Chirurgie générale		Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
id.	LAUMONIER.	Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
id.	CHAVANNAZ.	Odonto-stomatologie	
Obstétrique	MAHON.	Urologie	LANGE.
id.	CHASTRUSSE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Pharmacie galénique	
Accouchements	PERY	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Puériculture	VERGER.	Chimie biologique	NEUZIL.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Pathologie chirurgicale	
id.	COUSTOU.	id.	VILLAR.
Anatomie	RIGAUD.	Zoologie pharmaceutique	BAILANGER.
Chimie générale et analytique	BABIN.	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.
Cryptogamie	LAUBIE.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA FEMME

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de toute ma gratitude.

A MA BELLE-MÈRE

A TOUS LES MIENS

Au R. P. GÊNEVOIS O. P.

Aumônier des Etudiants en Médecine

En remerciement de la formation morale qu'il m'a donnée tout au long de mes études.

A Monsieur l'Abbé DOUCET

Aumônier de l'Association Catholique des Etudiants de Bordeaux

---

A TOUS MES CAMARADES ET AMIS

Au Docteur M. WARNERY

Directeur du Sanatorium de l'Arbois
Les Milles (Bouches-du-Rhône)

Au Docteur Robert TRAISSAC

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux
Ancien chef de Clinique gynécologique
Ancien chef de Laboratoire de Médecine opératoire
et d'Anatomie topographique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Ancien médecin résidant à l'Hôpital Saint-André

Au Docteur Paul FRÉOUR

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux
Ancien médecin résidant
du Centre de Phtisiologie Xavier-Arnozan
Assistant de Phtisiologie des Hôpitaux
Assistant à la chaire d'Hygiène et de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Bordeaux

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Nous leur adressons nos remerciements et l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHASTRUSSE

Assistant des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAHON

Médecin-Accoucheur des Hôpitaux
Officier d'Académie

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUSTET

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Officier de l'Instruction Publique

A L'INSPIRATEUR DE NOTRE THÈSE,
NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur M. RIVIÈRE

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

Qui nous avait fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, après nous avoir constamment guidé par ses conseils, au cours de ce modeste travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance, de notre respectueuse admiration pour son enseignement et nos remerciements pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIÉCHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre de la Santé
Croix de Guerre
Médaille des Epidémies
Officier de l'Instruction Publique
Fellow in the American College of Chest Physicians

Que nous remercions vivement d'avoir bien voulu accepter de présider notre jury, en l'absence du Professeur Rivière.

INTRODUCTION

Le problème de la santé, et celui de l'hospitalisation qui en est un des éléments principaux, a pris dans le monde moderne une ampleur qu'il n'avait jamais atteinte. La santé est devenue une des préoccupations majeures de l'homme du XX^e siècle ; la preuve en est, sur le plan international, la création, sous les auspices des Nations Unies, de l'Organisation Mondiale de la Santé et l'apparition toute récente du projet de « pool blanc ».

L'importance de l'organisation des soins, organisation dont les hôpitaux représentent l'un des éléments les plus importants, dépasse la compétence des organismes privés ou régionaux et impose une conception et des directives d'ensemble d'ordre national. C'est de cette notion et de ces besoins qu'est née la Sécurité Sociale avec toutes ses conséquences sur l'économie générale et la vie même du pays. Il s'agit là d'une véritable révolution qui est la conséquence d'une transformation de la mentalité de l'homme moderne. Celui-ci a pris une meilleure conscience de certains de ses droits et en particulier de *ses droits aux soins* (qu'il ne faudrait pas confondre avec le droit à la santé : utopie scandaleuse et contre toute conception chrétienne), conséquence de la place qu'il tient dans le pays, par son travail. D'autre part, la société, de son côté, a pris conscience du devoir d'organiser ces soins et d'en assurer l'accès au plus grand nombre. L'évolution gigantesque de la technique qui représente une des acquisitions les plus merveilleuses du monde moderne dépasse trop souvent les possibilités de l'individu et représente l'indication la plus fréquente de l'hospitalisation. Il en résulte, dans

la vie sociale et dans la vie du malade, un véritable bouleversement qui met en cause les principes mêmes de la morale et de la charité.

Il nous a donc paru utile de reconsidérer le problème et de tenter une mise au point de la question.

1° Par un rappel des principes que les siècles et la civilisation chrétienne ont mis en évidence, dans le soin des malades et leur hospitalisation ;

2° Par une étude de l'hospitalisation moderne dans laquelle nous aurons à confronter les faits avec les principes. Il s'en dégagera non seulement les insuffisances dues, le plus souvent, à l'oubli de ces principes, mais encore les lignes générales d'une réforme hospitalière dont nous ébaucherons la réalisation.

Dans cette étude extrêmement vaste, nous nous sommes heurtés à des difficultés de tous ordres, tant dans l'étude des sources que dans la recherche des principes, dans la mise en valeur des idées directrices et leur réalisation.

Aussi avons-nous la plus grande reconnaissance pour M. le Professeur Marc RIVIERE, pour le Docteur Robert TRAISSAC et le Docteur Pierre GUERIN qui nous ont aidé de leurs conseils et de leurs lumières. Qu'ils soient remerciés de nous avoir permis de mener à bien ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dès la plus haute Antiquité, nous trouvons des embryons d'hôpitaux auxquels nous pouvons fixer trois buts : le premier était l'isolement des malades contagieux ou supposés tels : l'Ancien Testament nous rapporte que pendant le séjour des Hébreux au désert, les individus atteints de gonorrhée devaient rester loin du camp, dans un lieu spécialement choisi pour eux (1).

Le deuxième but était de mettre au repos les ouvriers malades : lors de la construction des Pyramides de Gizeh, des médecins procédaient à des visites régulières chez les ouvriers (qui étaient tous des esclaves) parfois au nombre de 100.000. Les malades, séparés de leurs camarades, étaient conduits dans un camp spécial, au bon air, sur les falaises arabiques. Des fouilles modernes ont mis au jour des momies sur lesquelles on a retrouvé, en certains lieux, tellement de lésions tuberculeuses des vertèbres, qu'on a été amené à penser qu'il s'agissait là de tombes provenant de ces « camps de repos », forme primitive sans doute de nos actuels sanatoria (2).

La troisième forme de « concentrations de malades » avait pour but, comme la précédente, la mise au repos d'individus malades, mais s'adressait à une catégorie toute différente de sujets : XENOPHON nous apprend que, durant

(1) Nombres, V, 22.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE, *Histoire générale de la Médecine*, p. 119.

la fameuse retraite de 10.000, les Grecs, après la défaite de Cunaxa, entourés d'ennemis, ayant à essuyer de fréquentes escarmouches, entravés par de très nombreux blessés, arrivèrent aux Monts Carduques après avoir remonté le Tigre. Ne pouvant faire suivre leurs blessés et un grand nombre de soldats fatigués, ils décidèrent de les laisser aux soins de huit médecins, dans des villages réquisitionnés à cet effet (1). Ce mode de placement fut de nouveau utilisé par les Grecs en arrivant sur le rivage du Pont Euxin, à Cotyore.

Dès cette époque-là, l'idée d'hôpital s'imposa comme une réaction de défense contre le risque de la contagion et nous voyons cette réaction païenne de « liquidation » des inutiles, des non-récupérables. L'hôpital n'a pas pour but de guérir les malades, mais de les séparer, de les isoler des bien-portants. Le seul traitement mis en œuvre ne semble être que le repos. Nous retrouvons ce rejet du malade dans l'hospitalisation actuelle ou la famille et la collectivité se comportent trop souvent comme les Hébreux. Cette réaction de défense est légitime dans la mesure où elle protège les bien-portants, mais doit être compensée par la charité et le respect de la dignité humaine.

Un peu plus tard, nous trouvons une conception toute différente de l'hôpital. Chez les Hébreux, comme en Egypte ou dans l'Inde, existaient, autour de certains temples, des asiles vers lesquels les malades accouraient. Les prêtres de ces temples étaient en même temps médecins et avaient seuls le droit de traiter les maladies. Chacun d'eux avait sa spécialité : l'un s'occupant des affections des yeux, un autre de celles de la peau, un troisième de celles du ventre... Ceux qui avaient besoin d'un médecin s'adressaient au temple, au « chef des médecins », qui choisissait alors le spécialiste qu'il jugeait approprié. Les temples où l'on traitait les malades et sur lesquels nous avons le plus de détails sont, en Grèce, les temples d'Esculape. Le premier que l'on y éleva fut édifié, pense-t-on, à Titane, 50 ans après

(1) XENOPHON, *Anabase*, livre III, § 4 et livre V, § 5.

la prise de Troie. Plus tard, on en éleva plusieurs autres, en Grèce d'abord, puis en Asie, en Afrique, enfin en Italie. Les plus renommés dans le monde grec furent celui d'Epidaure, ville du Péloponèse, et après lui, ceux d'Athènes, de Pergame et de Smyrne. Les temples d'Esculape étaient toujours établis « sur des sites élevés, agréables, au milieu de bois et de jardins qui assainissaient l'air, non loin de sources et de rivières limpides ». Ces temples étaient en même temps des hôpitaux où les malades séjournaient plus ou moins longtemps, s'y reposaient et enfin y suivaient un traitement régulier. Les malades devaient se préparer par des purifications, des offrandes, le jeûne et la prière. Chose essentielle, ils devaient passer au moins une nuit, devant l'autel du dieu, étendus sur des peaux de béliers. Ce n'est, en effet, qu'à ce moment-là que le dieu donnait ses consultations sous forme d'oracles. Un prêtre remplissait cet office et prescrivait à chacun le genre de traitement qui paraissait devoir convenir à son état qui avait été préalablement « étudié et reconnu » par d'autres prêtres-médecins. L'air pur et vivifiant que les malades respiraient dans les environs de ces temples, les distractions qu'ils trouvaient dans ce séjour, les cures soi-disant miraculeuses dont ils avaient été les témoins, les mystérieuses pratiques auxquelles ils étaient soumis et qui frappaient leur imagination, contribuaient dans bien des cas à provoquer leur guérison.

Hâtons-nous d'ajouter que presque jamais personne ne mourait dans l'enceinte du temple. Si l'état d'un malade était jugé trop grave, il n'était pas admis à l'intérieur du temple afin que sa mort ne puisse pas être mise sur le compte d'un échec de la thérapeutique divine. Si un malade voyait son état s'aggraver à l'intérieur du temple, les prêtres éloignaient alors tous les autres malades.

Quand un malade guérissait, on suspendait alors aux murs du temple des « tables votives, en bois, en marbre, en argent ou en or, suivant la fortune du malade et son degré de reconnaissance ». Sur ces tables étaient inscrits le nom du malade, celui de la maladie ainsi que le traitement employé. Si la guérison ne survenait pas, le malade, persuadé

qu'il n'avait pas assez fait pour s'attirer les bonnes grâces du dieu, rentrait chez lui pour se préparer par de nouveaux jeûnes et de nouvelles sanctifications à un autre pèlerinage. Il ne négligeait surtout pas, alors, d'apporter de plus riches offrandes susceptibles de plaire davantage à la divinité.

En Grèce, comme en Italie, les temples d'Esculape subsistèrent fort longtemps, même après que la médecine eut revêtu un caractère vraiment scientifique et malgré les railleries nombreuses dont ils ne manquaient pas d'être l'objet de la part de quelques sceptiques. Tout le monde se rappelle le dernier trait ironique de Socrate, ayant bu la ciguë et sur le point de mourir, recommandant à ses amis de sacrifier pour lui un coq à Esculape.

Après donc une conception « négative » de l'hôpital, nous voyons apparaître une conception « positive » qui cherche à traiter les malades en même temps que la médecine prend un rôle sacerdotal. Les maladies, tout comme les guérisons, sont la volonté des dieux et la pratique de la médecine est un abondant mélange de charlatanisme, de comédie, de lucre et de mystère. Les malades éprouvent ce besoin instinctif de s'adresser à une puissance qui les dépasse et se réfugient auprès de la divinité et de ses représentants. Actuellement, nous retrouvons le même réflexe : la maladie qui rapproche le malade de la religion et la place qu'occupera, tout au long de l'Histoire, la religion ou les religions dans l'organisation des hôpitaux, même laïques. Mais déjà, à la fin de cette période, les prêtres d'Esculape ne sont pas les seuls médecins. SPRENGEL (1) affirme que la médecine fut exclusivement exercée dans les temples jusqu'à la 5e Olympiade. A ce moment, quelques philosophes osèrent avouer qu'ils pouvaient guérir les maladies par des moyens naturels sans avoir recours aux pratiques que les prêtres d'Esculape se plaisaient à entourer de mystère.

La Grèce antique avait mis en honneur la gymnastique et possédait des établissements spéciaux, les gymnases, où

(1) SPRENGEL, *Histoire de la Médecine.*

se réunissaient, à côté des athlètes, les hommes sérieux et les philosophes dans un endroit appelé « portique ». Ils dissertaient entre eux de toutes les questions intéressant l'homme. C'est là très certainement que ces nouveaux médecins commencèrent à enseigner leur doctrine et à exercer leur art, donnant des soins à tous ceux qui venaient les consulter. Devant les résultats obtenus, les disciples de ces philosophes-médecins se mirent à parcourir la Grèce, se rendant dans les gymnases, donnant des conseils aux personnes qui souffraient d'affections diverses, instituant des traitements et, chose nouvelle, faisant même des opérations chirurgicales. Ces médecins « périodeutes » pratiquaient dans les gymnases, la chirurgie : traitement des plaies, des fractures, réduction des luxations et des hernies (par des bandages) fort nombreuses sur le stade. Profitant des cas qui se présentaient, ils enseignaient à leur tour ceux qui désiraient être initiés à la connaissance de l'art médical. Les gymnases devinrent ainsi les premières écoles médicales.

C'est un réflexe légitime et normal que de vouloir souder l'enseignement et les soins. Dans l'organisation actuelle, nous pouvons critiquer l'état de fait créé par la Sécurité Sociale qui oublie que, s'il faut des médecins pour exercer la médecine, les médecins ne se forment moralement et techniquement qu'au contact des malades. L'avènement de la Sécurité Sociale, en fait, est en train de vider les hôpitaux, constatation générale en France, et a rendu difficile l'enseignement de la médecine.

Il fallut bientôt construire des bâtiments propres à héberger les malades qui affluaient de partout. C'est ainsi que des écoles furent créées à Cyrène en Afrique, à Crotone en Italie, à Rhodes, à Cnide et à Cos (de cette dernière sortira Hippocrate, le « père de la médecine »). Non contents d'exercer leur art dans ces hôpitaux fondés autour des gymnases, les médecins « périodeutes » allaient aussi à domicile soigner les malades.

A cette période qui s'étend du X^e^ au IV^e^ siècle avant J.-C., nous voyons donc une autre forme de médecine se développer, en même temps que se fondent des hôpitaux qui

s'accompagnent immédiatement d'une organisation de l'enseignement médical au contact des malades. La réunion des malades permet une plus grande perfection des soins et la formation de nouveaux médecins. Il semble que ces phénomènes soient connexes, presque réflexes. Déjà se dégage cette idée très générale qu'une bonne médecine demande de bons médecins et qu'une bonne technique, qui conditionne le meilleur traitement, n'est pas possible sans l'organisation de l'enseignement. Médecine et chirurgie sont exercées de pair. Hippocrate ne dira-t-il pas : « Ce que les médicaments ne guérissent pas, le fer le guérit... (1) »

Mais ce sera l'honneur de Ptolémée, après la mort d'Alexandre le Grand (323 av. J.-C.), de fonder à Alexandrie une grande école de médecine, dotée d'un vaste musée, d'une bibliothèque qui deviendra fameuse, où furent réunis tous les ouvrages (ou leurs copies) ayant trait à la médecine, comme à tous les arts. Pour attirer les médecins, Ptolémée les combla de faveurs. Un jardin botanique réunissait toutes les plantes médicinales connues, toxiques ou non. De vastes locaux furent construits, tant pour héberger les médecins que les malades. Grâce à l'accumulation de tous ces moyens d'étude, les diverses branches de la médecine firent de nombreux progrès. La nouvelle école eut bientôt un prestige considérable et fournit à Rome, jusqu'au début de l'ère chrétienne, ses plus célèbres médecins, surtout après que l'Egypte fut tombée sous la domination romaine en 146 avant J.-C.

Rome, en effet, semble n'avoir pas eu de médecins jusqu'au IV^e^ siècle avant J.-C. Encore peut-on mal qualifier de médecins les esclaves, importés de Grèce, qui étaient au service de riches citoyens romains. Ceci semble tenir à deux raisons : la première était que cette médecine laïque se résumait à très peu de connaissances et que ces esclaves-médecins n'étaient guère que des guérisseurs. La seconde tenait à la forme de la civilisation romaine de cette époque.

---

(1) HIPPOCRATE, *Aphorismes* (traduction de LITTRÉ).

Le *pater familias*, chef supérieur, maître absolu de la propriété et seul juge reconnu de la famille, avait tous les droits sur sa femme et ses enfants, même de les condamner à mort si tel était son bon plaisir. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions, le rôle de ces médecins, toujours soumis à la volonté de leurs maîtres, se réduise à très peu de choses.

Mais l'arrivée des médecins d'Alexandrie, alors que les Romains s'étaient refusés à recevoir des médecins grecs (tout ce qui venait de Grèce leur paraissant suspect), permit enfin à ceux qui exerçaient la médecine d'avoir un autre statut. Jules César les ayant jugé dignes d'un sort autre que celui des esclaves, voire même de celui d'affranchi, fit publier un décret accordant le droit de cité à tous les médecins qui, venant à Rome, y exerceraient leur art. Bientôt un grand nombre de médecins vinrent s'y installer et furent comblés de faveurs, souvent par les empereurs eux-mêmes (Galien eut comme protecteur Marc-Aurèle ; Celse : Auguste, puis Antonius Musa ; Antistius fut le médecin personnel de Jules César...).

Peut-on, dès cette période, parler d'hôpitaux à Rome? Les Romains, propriétaires d'esclaves, avaient le devoir de les soigner si ceux-ci venaient à tomber malades. Mais bien souvent, quand leur état était grave, ils les abandonnaient à leur triste sort, ce qui provoqua leur réunion autour des temples d'Esculape, dont un, près de Rome, était édifié sur une île du Tibre. Sans ressources, poussés par le besoin, ils se livraient dans toute la région voisine de ces temples, à des actes de vandalisme. Pour tenter de diminuer le nombre des esclaves ainsi abandonnés par leurs maîtres, l'empereur Claude édicta une loi « portant que tout esclave qui recouvrerait la santé serait rendu libre ». Mais pour parer aux besoins, des hôpitaux furent construits loin des villes, pour héberger le flot grandissant des esclaves malades. On peut situer là le premier embryon des hôpitaux d'assistance. Mais même dans la mesure où l'on pouvait donner des soins à ces malades, nous retrouvons toujours cette idée païenne de se débarrasser d'eux.

Pendant ce temps, les médecins installés à Rome, pour leurs commodités, ouvraient de véritables « maisons de santé ». L'officine où le médecin donnait ses consultations consistait généralement en une salle ouverte sur la rue et où tout était disposé pour la pratique des opérations, petites ou grandes. Pour soigner certains malades et leur faire suivre un traitement régulier, les médecins prenaient des malades à demeure, chez eux, et ils ouvraient des cliniques annexées à leur officine. Il en était ainsi du temps de Plaute, deux siècles avant J.-C. Certaines officines comprenaient, en plus, une véritable pharmacie où le médecin préparait lui-même les remèdes qu'il croyait devoir ordonner à ses clients. Les pharmaciens véritables n'apparaîtront en effet que beaucoup plus tard, avec les écoles médicales arabes.

Avec le perfectionnement de la médecine, nous voyons apparaître la nécessité d'hospitaliser les malades qui nécessitent des soins spéciaux ou des traitements prolongés. Notons aussi que les médecins-propharmaciens avant la lettre, ont précédé la pharmacie, ce qui montre que la clinique et le rôle du médecin passent avant l'action du médicament et l'organisation de la pharmacie.

En marge de ces « maisons de santé » privées, pourrions-nous dire, depuis la création des armées permanentes, les Romains possédaient des « valetudinaria », établissements exclusivement réservés aux militaires. De même, la marine militaire possédait des hôpitaux indépendants où les marins étaient soignés par des médecins militaires. De plus, dans tous les camps permanents, dont le rôle était identique à nos casernes d'aujourd'hui, étaient installés des hôpitaux pour soigner les soldats malades ou blessés. Ces hôpitaux étaient dirigés par des médecins. Le préfet du camp (forme antique du gestionnaire de nos hôpitaux militaires), aidé par des intendants, devait subvenir à tous les besoins des malades. Des infirmiers donnaient les soins sous la direction des médecins. Il est curieux de constater que l'organisation de la médecine militaire s'est faite très vite et n'était guère différente que celle que nous pouvons voir de nos jours. Cette organisation plus parfaite et plus précoce des hôpitaux

militaires, est due à la discipline et à l'ordre qui régnaient déjà dans ces collectivités militaires. Ce qui prouve que si l'on veut avoir une organisation sanitaire solide et ordonnée, il faut de la discipline.

Très vite les médecins « civils » eux-mêmes se diviseront en diverses catégories, selon la clientèle à laquelle ils auront affaire. Les empereurs et les grands d'alors auront un groupe spécial de médecins. Les « archiatres municipaux ou urbains » soigneront, à côté de leur clientèle privée, des malades hospitalisés chez eux. Les archiatres populaires soigneront les indigents et les esclaves, dans les bâtiments élevés autour des anciens temples, le plus souvent ; enfin, les archiatres du Xyste et des Vestales seront chargés de prodiguer leurs soins à cette classe toute spéciale de la société romaine.

Notons, au passage, cette division spontanée des catégories de médecins suivant la clientèle. C'est un « réflexe » social qui existe encore aujourd'hui : médecin des quartiers populaires, médecin des riches, médecin des mines, médecin du travail. Sous réserve d'un examen plus approfondi, ceci semble naturel et doit être pris en considération, à l'encontre d'un nivellement par le bas. Il est illogique de vouloir soigner des « clochards » comme des milliardaires, des paysans comme des mineurs, des urbains comme des montagnards. Le nivellement des soins est une erreur psychologique de l'organisation sanitaire moderne.

Alors que l'Empire Romain s'écroulait sous les coups des Barbares au IV^e^ siècle après J.-C., l'Egypte, de son côté, allait tomber aux mains des musulmans. Depuis plusieurs siècles déjà, elle avait vu des troubles politiques et religieux éclater sur tous les points à la fois ; des querelles intestines, des conspirations de palais, des guerres extérieures avaient désorganisé le pays. L'Ecole d'Alexandrie était en pleine décadence. Lors de la prise de la ville par Amrou, sous les ordres d'Oman, les volumes qui étaient encore dans la célèbre bibliothèque furent brûlés, en partie du moins. Déjà, du reste, elle avait été fortement amoindrie dans les

derniers temps. Vers le VII^e siècle, les nouveaux kalifes voulurent redonner un nouvel essor aux lettres et aux sciences. C'est surtout sous le règne de Haroun-Al-Raschid (786-809) que les hôpitaux se développèrent à Bagdad, fondée par son prédécesseur pour en faire le siège de l'empire arabe. Haroun fit construire des écoles et des bibliothèques, puis fit réunir dans ces dernières toutes les copies des ouvrages qui avaient été dispersés durant la décadence de l'École d'Alexandrie ou qui avaient été conservés après le pillage de cette ville. Beaucoup d'ouvrages purent, fort heureusement, être retrouvés en partie chez les Perses, en partie chez les Juifs. Ceux-ci furent chargés de traduire en arabe tous les textes grecs ainsi rassemblés.

A la même époque, d'autres écoles arabes de médecine, non moins importantes, étaient installées à Cordoue et à Séville.

Au début du VIII^e siècle, la médecine arabe, en plein essor, suivait les directives d'un génial médecin, Ali-ben-el-Abbas. Celui-ci recommandait expressément aux jeunes médecins d'aller s'instruire dans les hôpitaux, où lui-même, déclarait-il, avait recueilli la plupart des observations qu'il a consignées dans son *Traité général de médecine* et le *Maleki*, c'est-à-dire « ouvrage royal », avec les enseignements qu'il avait puisés dans les œuvres de Galien. Le *Maleki* fut un des premiers ouvrages traduit en latin par Constantin l'Africain vers la fin du XI^e siècle. Mais le déclin de la médecine arabe ne devait pas tarder et les recommandations d'Ali-ben-el-Abbas tomber dans l'oubli.

Pendant ce temps, le monde romain subissait une révolution. Le christianisme allait transformer toutes les structures sociales. C'est par la charité que le christianisme convertit les Romains et les Barbares et c'est par la fondation des hôpitaux que l'Eglise vint en aide à la médecine et en permit l'essor. La charité fut d'abord privée. De riches romains convertis, comme la noble Fabiola, fondèrent d'abord des asiles pour venir en aide aux malheureux, au IV^e siècle. Les évêques ensuite, et l'Eglise, dotés de

moyens financiers puissants, organisèrent, la plupart du temps autour des couvents, des installations destinées à accueillir tout autant les malades que les miséreux ou les pèlerins. Saint Epiphane nous rapporte que, dès le V^e^ siècle, c'était une coutume, parmi les évêques, d'établir un hôpital dans toutes les grandes villes. La charité des particuliers suppléait, dans une large mesure, l'Eglise qui ne pouvait subvenir partout à la fondation des hôpitaux et à leur entretien. Les conciles de Lyon, en 583, et celui de Worms, en 868, rendent la généralisation des hospices obligatoire dans les villes de quelque importance. Dans ces établissements charitables, on recevait tout le monde : miséreux, vagabonds, pèlerins, malades, enfants, vieillards dénués de ressources. L'hôpital synthétise alors une quadruple mission :

— Accueillir provisoirement celui qui passe : pèlerin, voyageur..., fonction actuellement dévolue à l'hôtel ;

— Héberger longuement celui qui est sans moyen, le vieillard, l'enfant abandonné, rôle désormais réservé à l'hospice ou au service des enfants assistés ;

— Assister le pauvre, le malheureux ; c'est là la tâche des bureaux de bienfaisance et des multiples œuvres d'assistance aux adultes ;

— Soigner le malade, tâche qui relève essentiellement de l'hôpital.

Tous ces buts, confondus au début dans une commune charité, vont amener la création d'établissements plus différenciés qui permettront de ne plus mêler les enfants et les vieillards, les malades et les bien portants. Pour les pauvres, en général, on ouvre le « prochotrophium », pour les vieillards le « gérontocomium », pour les orphelins l' « orphanotrophium », pour les étrangers et les voyageurs le « xénodochium », pour les petits enfants abandonnés le « brephrotrophium » ; enfin, uniquement pour les malades, le « nosocomium ». Dénués le plus souvent de toutes possibilités de traitement, les hôpitaux d'alors recevaient sans aucune formalité, tous les malades et tous ceux qui venaient demander leur aide et leur subsistance.

Nous constatons la transformation du « climat » par l'arrivée du christianisme. Il subsiste toujours ce vieux réflexe d'isoler le malade, mais les malades ne sont plus ni abandonnés, ni ne servent pas de matériel d'étude. Il intervient le respect du malade, conséquence directe de l'idée « le malade-roi ». Les valeurs sont renversées. Chrétiennement, c'est la solution idéale, humainement aussi. Qu'en reste-t-il aujourd'hui dans la réception, l'hospitalisation, les soins, la manière dont on lui parle, dont on le traite... ? La dignité était mieux conçue alors et la « technique » nous a fait perdre trop souvent le contact humain.

Mais si les malades étaient nombreux, les médecins, par contre, étaient fort rares. Les écoles romaines de médecine, dites « écoles impériales », avaient disparu, le monde arabe s'opposait au monde occidental devenu chrétien. Saint Benoît, qui venait de fonder le monastère du Mont-Cassin, y adjoignit un hôpital et sa doctrine apprend au monde que le soin des malades doit passer avant toute chose. Les bonnes volontés étaient innombrables. Des hôpitaux se créaient partout, succédant à la création des monastères, tant d'hommes que de femmes. Dès cette époque, on trouve la trace d'hôpitaux renommés jusque dans la plus lointaine partie de l'Europe chrétienne, en Irlande, à Saint-Gall. Ce dernier fut fondé par saint Patrick au V^e^ siècle.

Le manque de personnel qualifié se faisait cruellement sentir. Aucun enseignement clinique n'existait alors. Les moines et les ecclésiastiques s'attachèrent tant bien que mal à l'étude des manuscrits légués par l'Antiquité pour y découvrir le moyen de soigner les malades. Heureusement, une école de médecine allait apparaître : l'Ecole de Salerne. On ne connaît rien de précis sur l'histoire de sa fondation. On ne sait même pas à quelle époque remonte son institution. Mais dès la fin du VII^e^ siècle, elle jouit d'une renommée extrêmement étendue. Grâce à un hôpital important, elle allait devenir vraiment le centre médical de l'Occident et fournir un grand nombre de médecins réputés, tous religieux du reste. En eut-il pu être autrement à une époque où,

nul ne l'ignore, on pouvait compter les laïques sachant lire... et où les grands dédaignaient toute culture de l'esprit.

Charlemagne, au début du IXe siècle, multiplie les hôpitaux. Chaque monastère ou chaque église devra pouvoir héberger quelques malades, dans les jardins on plantera des « simples ». Chaque établissement devra avoir un médecin attitré et une pharmacie où il préparera les remèdes nécessaires. Le Concile d'Aix-la-Chapelle, en 816, ordonne que « les chanoines, au moins en Carême, iront laver les pieds des pauvres et des malades ; c'est pourquoi l'hôpital sera tellement situé qu'ils puissent y aller aisément ». Dans les grandes villes, c'est à ce moment que l'on voit apparaître les premiers ordres et congrégations hospitaliers féminins : à Paris, les Augustines hospitalières, et à Lyon, les Hospitalières, qui desservent les Hôtels-Dieu de ces deux villes.

Mais les médecins religieux finissent très vite à ne plus suffire. L'Ecole de Salerne admet des laïques, que le règlement oblige à rester célibataires. On affirme même que parmi les médecins salertiniens, il y aurait eu une femme-médecin, Tortula.

Au XIe siècle, chaque couvent est tenu de s'adjoindre une infirmerie où le service médical est assuré par un médecin et par un aide, appelé « infirmarius ». Cette infirmerie recevra bientôt tellement de malades laïques que les moines, médecins ou infirmiers, arriveront à exercer leur activité médicale en dehors même de leurs couvents, si bien que les conciles, de Clermont en 1130, et de Reims en 1131, interdiront aux moines la pratique de la médecine.

Tout au long du XIe siècle, les congrégations hospitalières féminines se multiplient et il se crée même des congrégations hospitalières d'hommes. Le premier ordre hospitalier se fonde à Jérusalem, au moment des Croisades, pour soigner les malades à l'hôpital Saint-Jean-Baptiste. Il se divisera vite en deux fractions : l'une qui restera hospitalière et qui, rentrée en Europe, desservira plusieurs hôpitaux ; et l'autre, qui devient militaire, et formera l'ordre célèbre du Temple ou Templiers. Dans le même

temps, un gentilhomme dauphinois, dont le fils avait été miraculeusement guéri par l'intercession de saint Antoine, d'une maladie épidémique appelée le « Feu de saint Antoine », fonda un ordre hospitalier, les Antonistes, chargé de soigner les malades atteints par les épidémies qui firent des ravages considérables dans toute l'Europe.

A la fin du XII^e siècle, la pratique de la médecine passe entièrement aux mains des laïques, ce qui amena la fondation des universités. A ce moment-là, d'ailleurs, l'Ecole de Salerne s'achemine lentement vers sa décadence, mais il faudra un décret du gouvernement de Napoléon, en 1811, pour la supprimer, alors qu'elle n'existe plus depuis fort longtemps que de nom.

A la fin de cette période, l'hôpital reste l'institution charitable ouvert à toutes les misères comme au début du christianisme. Les médecins sont maintenant des laïques, mais le personnel soignant est composé uniquement de congrégations religieuses féminines très nombreuses et très importantes, et par quelques ordres masculins. La formation des médecins se fait surtout dans les hôpitaux, au contact des malades, et très peu dans les livres qui étaient du reste rares à cette époque et dispersés aux quatre coins de l'Europe, enfermés au fond des bibliothèques des monastères.

Le XIII^e siècle voit l'éclosion, en France, de deux universités. Celle de Paris fut la première qui reçut une consécration officielle. Elle la dut, en 1200, à une charte royale de Philippe-Auguste, confirmée, dans les années qui suivirent, par plusieurs bulles du pape Innocent IV et de son légat, Robert de Courçon, qui donna à l'université ses statuts définitifs.

Peu de temps après, en 1223, le pape Grégoire IX créait celle de Toulouse, à peu près sur le même modèle.

Vers la même époque, étaient fondées également les universités d'Oxford, en Angleterre, de Naples et de Padoue en Italie, de Valence en Espagne.

Mais ces universités n'avaient que deux branches : Théologie et Arts. Il fallut une bulle de Grégoire IX en

1231 pour y joindre une troisième : la Médecine. Mais, en 1270, l'enseignement de la médecine fut enlevé à l'Université, à Paris du moins, pour être transféré à la Faculté de Médecine. En 1275 se fonde le Collège de Chirurgie, sous les invocations de saint Côme et de saint Damien. A la même époque, l'Ecole de Montpellier, qui avait déjà une organisation propre et, qui plus est, ses privilèges, est transformée en Faculté de Médecine.

Mais si, au cours de ce siècle, nous voyons les Facultés de Médecine acquérir des statuts, de leur côté, les hôpitaux, fort nombreux depuis deux siècles, subissent de graves revers. Durant ces temps troublés du Moyen Age, ils sont régulièrement pillés ; la manière forte était la plus spectaculaire, ce qui entraîna la fondation ou la transformation de collectivités importantes du personnel religieux soignant en moines-soldats et hospitaliers à la fois. Mais surtout les revenus alloués par l'Eglise à ces établissements étaient trop souvent mal gérés.

Il faut attendre le XV^e^ siècle pour voir l autorité temporelle s'ingénier à faire cesser les scandales des maisons hospitalières où les ecclésiastiques, peu scrupuleux en cette fiu dn Moyen Age, détournent à leur bénéfice les dons et aumônes que les fidèles leur prodiguent largement à l intention des pauvres et des malades. On demande d'abord des comptes, puis finalement on retire aux religieux la gestion des établissements charitables pour la confier aux municipalités ou aux parlements. Pour l'Hôtel-Dieu de Paris, à partir de 1505, le roi nomme des commissaires laïques. Cette formule est rapidement étendue à tous les hôpitaux de France. Pour rétablir les finances des établissements hospitaliers et alléger la charge très lourde pour l Eglise, François I^er^ crée, le 16 novembre 1544, le *Grand Bureau des Pauvres*, à Paris, et des organismes similaires en province. Les ressources des hôpitaux, en plus des biens alloués par l'Eglise, sont augmentés d'une « taxe obligatoire » levée chaque année sur tous les particuliers sans exception, quelle que soit la classe de la société à laquelle ils appartinssent. Tous étaient astreints à payer ce « tribut aux pauvres ». Les retardataires, ainsi que les

récalcitrants qui refusaient de s'acquitter, étaient l'objet de poursuites pénales (un arrêt du Parlement de Paris, en date du 15 janvier 1574, frappait les contrevenants d'une amende égale à quatre fois la somme fixée). Pour la première fois, nous voyons l'ingérence du pouvoir temporel dans le financement et la gestion des hôpitaux. Mais, de plus, en 1561, il est stipulé dans un arrêt royal, que « les pauvres de chaque bourg, village ou ville, seront nourris et entretenus par ceux de la ville, village ou bourg dont ils sont natifs ou habitants ; il leur est défendu de vaguer ou de demander l'aumône ailleurs qu'au lieu duquel ils sont ». Chaque établissement doit suffire à hospitaliser tous les malades et les pauvres de sa circonscription, à charge pour les commissaires de trouver les fonds nécessaires à leur entretien, en percevant sur tous les habitants, proportionnellement à leurs revenus, le « tribut des pauvres ». Le sort des malades et des malheureux n'est plus laissé au hasard de la charité privée ou à l'Eglise qui en avait la charge primitive et exclusive. On voit s'organiser progressivement une charité publique.

Nous voyons en même temps, surtout dans les grandes villes, les hôpitaux se spécialiser : les fous sont séparés des autres malades, les vénériens, les invalides, les orphelins, les aveugles prennent possession de maisons spécialement aménagées pour eux. Les indigents, les servantes en quête de place sont utilisés dans la mesure du possible à des travaux utiles aux hôpitaux. Ce sera, du reste, devant le nombre sans cesse croissant des indigents, à ce problème crucial, à ce fléau, devrait-on dire, de la misère, que le pouvoir royal s'attaquera. Pour remédier à la mendicité engendrée par une longue suite de guerres civiles, un édit royal ordonne, en 1612, le « renfermement » des pauvres dont le nombre est considérable. On fonde d'abord des dépôts de mendicité, mais surtout on tentera de trouver du travail pour tous. Louis XIV ira encore plus loin que ses prédécesseurs. Pour remédier à la misère et pour compléter et renforcer les ordonnances précédentes restées, « par la suite des temps, infructueuses et sans effet », il rend un nouvel édit le 27 avril 1656, créant l'Hôpital Général à

Paris. Par cette nouvelle institution, le Roi-Soleil se proposait « pour empescher la mendicité et l'oisiveté », d'enfermer tous les mendiants dans un hôpital spécialement conçu et aménagé pour les y « employer aux ouvrages, travaux ou manufactures selon leur pouvoir ». En même temps, la mendicité, désormais interdite dans tout le royaume, est sévèrement réprimée.

Nous voyons là un nouvel exemple de l'extension du concept « hôpital ». Lieu de « renfermement » des indésirables, prison et non plus asile contre la misère, les indigents doivent fournir, dans la limite de leurs moyens, un travail en compensation du gîte et de la nourriture qu'on leur accordait. L'Etat prend à sa charge l'entretien des malheureux, il ne peut plus être question de charité mais d'assistance mêlée de coercition.

En marge de l'organisation officielle des hôpitaux, la charité privée créait toujours ou aggrandissait des établissements ou des organismes charitables. C'est le moment où Saint Vincent de Paul intéresse au sort des « enfants trouvés » la noblesse de Paris. Mais il ne veut pas multiplier les hôpitaux. Il préfère fonder ses « Dames de Charité » qu'il destine à être les servantes des pauvres, qui iront à domicile soigner les malades. Dans chaque paroisse fonctionnait, sous la direction du Clergé, un Bureau de Charité qui collectait les secours offerts par les fidèles et répartis par les Dames de Charité.

Comme on le voit, Saint Vincent de Paul, dans son génie de la charité, avait déjà mis en évidence le caractère palliatif de l'hospitalisation et la prééminence de la famille dans laquelle le malade doit être laissé au maximum. Ces deux vérités qui dictent sa décision :

— limiter les hôpitaux,

— création des Dames de Charité,

amèneront, de nos jours, l'idée de l'organisation des soins à domicile. Nous reviendrons sur ce sujet plus loin.

En cette fin du XVII[e] siècle, l'Eglise, dépossédée de la gestion et de l'administration des hôpitaux « publics »,

tend à combattre la maladie et la misère par des secours locaux. Un grand nombre d'établissements apparaissent, offrant le caractère de petits hôpitaux de quartier ou de paroisse, alimentés par les ressources du Clergé ou les dons des fidèles, mais qui ne pouvaient que pallier partiellement aux besoins.

Le XVIII[e] siècle allait voir une évolution des esprits sous l'influence des théories philosophiques. Ce désir de venir en aide aux malheureux se développe grâce aux idées en cours, mais l'exercice de la charité prend un caractère nouveau, philanthropique et des formes « humanitaires ». Ce n'est plus par amour de Dieu et du prochain que l'on vient au secours des indigents (pour les malades, les hôpitaux ne changeront guère de caractère), mais par amour de l'humanité. En perdant son sens religieux, le mot « charité » tend lui-même à disparaître, remplacé par un autre qui fera fortune, créé par l'abbé de Saint-Pierre : « bienfaisance ». (Le mot n'entrera dans le dictionnaire de l'Académie qu'en 1762 !) « Aucune génération, écrivait Rambaud, ne fut plus éprise de justice, de philanthropie, de bienfaisance ; aucune ne ressentit plus vivement l'insuffisance de l'assistance publique. » Aussi n'est-il pas étonnant que cette période fût particulièrement favorable à l'essor hospitalier. Dès 1770, la nécessité se fit sentir de porter sur les hôpitaux une attention particulière. « Jamais, à la prendre dans son ensemble, écrit un auteur du temps, la France ne fut animée de sentiments meilleurs que durant ces quinze dernières années du règne de Louis XVI. Jamais souverain n'obéit à des intentions plus pures, jamais noblesse ne se montra plus disposée à se réformer elle-même, jamais nation n'eut l'oreille plus ouverte et le cœur plus accessible à toutes les idées élevées. »

L'assistance aux malheureux s'organise. Des institutions se fondent pour les sourds-muets, les aveugles, les infirmes, les femmes enceintes. Un commissaire général, délégué par le gouvernement, est chargé d'inspecter *tous* les établissements hospitaliers et de se concerter avec les médecins pour proposer toutes les mesures susceptibles d'améliorer

le sort des malades, la salubrité des locaux. Il n'est pas jusqu'à la formation professionnelle des chirurgiens que l'on ne songe à améliorer. En 1775, le roi crée, au Collège de Chirurgie, un petit hospice spécial où « les jeunes chirurgiens trouveront l'occasion de se perfectionner dans l'étude des cas rares et compliqués ». En 1787, une commission composée de magistrats et de savants, nommés par l'Académie des Sciences, fut chargée, par le roi, de procéder à une enquête complète sur l'état des hôpitaux de Paris. Une souscription nationale fut ouverte pour trouver les fonds nécessaires au financement de ce vaste programme de réformes hospitalières. Tenon, qui fut l'âme de la commission d'enquête, visita scrupuleusement tous les hôpitaux les uns après les autres et fit un long rapport, publié en 1788, sur la réorganisation des hôpitaux. Il dénonçait en même temps que le danger de l'insalubrité de l'Hôtel-Dieu qui centralisait tous les malades de la capitale, l'insuffisance des ressources hospitalières. Il proposait la suppression de l'Hôtel-Dieu pour le remplacer par quatre hôpitaux établis à la périphérie de la ville. Ce projet allait entrer dans la voie des réalisations, lorsque le bouleversement apporté par les troubles révolutionnaires, joint à la dilapidation des fonds recueillis par la souscription nationale, vint en suspendre l'exécution.

Pour n'en être pas immédiat, le bouleversement apporté par la Révolution n'en est pas moins complet dans les hôpitaux. L'ancienne administration est maintenue jusqu'en 1791. A ce moment, la direction des hôpitaux passe entre les mains de commissions mixtes comprenant des commissaires et des médecins.

Mais à partir du 2 novembre 1790, la suppression des ordres monastiques et des biens du Clergé déclarés propriété nationale et aliénable, vient jeter le trouble dans les hôpitaux et les institutions charitables tenues par les congrégations religieuses et dont beaucoup sont appelées à disparaître. En effet, le décret ordonnait la dissolution de « toutes les corporations religieuses, même celles uniquement vouées au service des hôpitaux et au soulagement des malades ».

Toutefois, devant l'impossibilité de remplacer les congrégations hospitalières par un personnel laïque, les religieux et religieuses sont autorisés à « continuer provisoirement leur service sous la surveillance des corps municipaux et administratifs ».

En réalité, jamais on ne pourra se passer des congrégations religieuses hospitalières et les Dames Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris ne cesseront jamais leur mission charitable pendant toute la durée de cette période de troubles sociaux.

Les comités de mendicité institués par la Convention en janvier 1790 sont chargés de remédier à la misère publique. A Paris, l'Hôtel-Dieu est violemment critiqué, car « les grands lits contiennent quelquefois six ou huit malades à la fois ». Devant l'encombrement des hôpitaux, il fallait trouver de la place pour tous les malades. De nombreux projets sont proposés, mais les gouvernements successifs (Constituante, Législative) ne pourront les faire aboutir. La place manque dans les hôpitaux, d'autant que certains sont transformés en prison où sont enfermés les détenus politiques. C'est à ce moment-là que les congrégations religieuses remettent leur maison entre les mains de l'administration civile. Ces établissements religieux désaffectés vont permettre d'installer un grand nombre de lits pour les malades. C'était trouver, sans avoir à les construire, de nouveaux édifices, des moyens suffisants pour installer à peu de frais de nouveaux hôpitaux. C'est ainsi, par exemple, qu'à Paris, les vénériens prennent possession de l'Hôpital du Midi installé dans l'ancien couvent des Capucins du Faubourg Saint-Jacques, l'hôpital militaire du Val-de-Grâce chez les Bénédictines, la Maternité dans l'abbaye de Port-Royal. Ainsi ces antiques maisons ne furent choisies à l'origine que pour des questions utilitaires d'économie et de commodité.

Bien que loin de la perfection, cette extension des hôpitaux permet l'organisation de « services hospitaliers » au sens presque moderne du mot, et la suppression de la Faculté de Médecine et du Collège de Chirurgie oblige les chefs de services à organiser l'enseignement et la formation

médicale des étudiants à l'hôpital même. *C'est le début de l'enseignement clinique moderne.*

Les biens qui avaient appartenu aux hôpitaux sont administrés par une commission centrale de bienfaisance qui est chargée de « régir et d'administrer les biens de dotation appartenant à nos frères indigents ». Mais très vite le Directoire permet un nouvel essor des hôpitaux en rendant leur autonomie aux congrégations religieuses par la restitution de tous leurs biens.

Mais il faut attendre le Consulat pour voir aboutir la réorganisation des hôpitaux. Tout d'abord (arrêté du 19 avril 1801) est réalisée l'unité de direction par le « Conseil général des hospices » qui réunit sous la même administration : les hôpitaux, les hospices et les soins à domicile.

Pour s'assurer un personnel médical de choix, l'administration hospitalière crée, en 1802, l'Internat des hôpitaux de Paris. Par ce mode de recrutement, elle s'assurait les compétences nécessaires aux soins des malades.

Mais les aménagements des hôpitaux étaient très insuffisants. L'Empire cherchera à leur donner ce caractère de grandeur qui devait appartenir à toutes les réalisations du gouvernement impérial.

On établit définitivement la distinction entre hôpitaux et hospices, les premiers « consacrés au soulagement de l'humanité souffrante », tandis que les seconds « servent d'asyle aux enfants, infirmes et vieillards indigents ». Distinction importante, puisqu'elle permet de n'admettre désormais à l'hôpital que des malades et non des miséreux comme autrefois, n'ayant d'autres titres à faire valoir que leur pauvreté. L'hôpital devient désormais un établissement de soins et non un abri pour les malheureux. Le Bureau central de réception réglait l'admission des malades en les classant par catégories. Tous ceux dont l'état de santé ne justifiait pas l'hospitalisation d'urgence dans l'établissement le plus proche de leur domicile, allaient se présenter à ce bureau où ils étaient examinés et recevaient, s'il y avait lieu, un bulletin d'admission pour l'hôpital où l'on traitait leur genre de maladie.

Mais l'impulsion dans la construction de nouveaux hôpitaux, l'aggrandissement et la transformations des anciens ne sera réalisée que durant la deuxième moitié du XIX^e siècle, surtout quand sera créée l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris par une loi propulguée le 10 janvier 1849.

Cette période allait amener des réformes nouvelles. Le principe de l'assistance aux pauvres, placé sous la Révolution « au rang des devoirs les plus sacrés de la Nation », est de nouveau proclamé par la Constitution de 1848 qui l'inscrit dans son préambule (article VIII) : « La République doit, par une assistance fraternelle, assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant du travail dans la limite de ses ressources, soit *à défaut de la famille*, des secours à ceux qui sont hors d'état de travailler..... « Dès lors, l'assistance aux pauvres, cessant d'être une obligation morale pour les privilégiés, devient un droit pour les indigents. » La charité elle-même se transforme et n'est plus qu'un devoir civique. Les municipalités sont chargées de la distribution des secours à domicile. Les hôpitaux ne doivent recevoir que les malades et déjà l'admission à l'hôpital est-elle moins libérale. Ne voit-on pas, dès le 31 janvier 1840, le ministre d'alors mettre les commissions hospitalières en garde contre « le danger des admissions trop faciles » et réglementer avec sévérité la clientèle des établissements. « Les malades doivent prouver leur état de pauvreté par un certificat du maire. Les formalités exigées sont nécessaires, lit-on dans ce texte, pour éviter les abus, surtout dans les grandes villes. »

Mais la grande industrie, en plein essor, provoquait, avec la concentration des entreprises, un afflux considérable de population vers les centres urbains. La loi du 7 août 1851 intervenait alors : elle entr'ouvrait une fenêtre sur l'avenir par la création de lits payants dans divers hôpitaux. La réforme était timidement présentée comme répondant au vœu et à l'intérêt « d'un certain nombre de malades qui, bien que peu fortunés, témoignaient néanmoins du désir

de payer les frais de leur traitement » à l'hôpital ; elle abaissait au rang d'administrés indigents toute la clientèle hospitalière, puisqu'il était expressément décidé que « les malades admis moyennant payement dans les hôpitaux, seraient soumis au même régime alimentaire que les malades traités gratuitement ».

Dans les grandes villes, les hôpitaux étaient insuffisants Mis à part les hôpitaux : Saint-André à Bordeaux en 1829, l'Hôtel-Dieu d'Orléans en 1842, rien n'avait été réalisé en fait de construction hospitalière depuis l'époque napoléonienne. Aussi, au moment des grandes épidémies, dut-on utiliser comme hôpitaux temporaires des locaux très mal commodes qui, pensait-on, ne devaient être qu'un moyen de fortune. On en installa dans des casernes désaffectées, dans des baraquements même. A signaler toutefois que l'hôpital Lariboisière, commencé depuis 1839, est achevé en 1854.

Mais devant le nombre toujours croissant des malades qu'on était obligé d'hospitaliser, il fallut envisager, à partir de 1880, la construction de grands centres hospitaliers. Broussais, à Paris, ouvre ses portes en 1883 ; l'Hôpital des Enfants, à Bordeaux, en 1886 ; Saint-Eloi, à Montpellier, en 1890. En même temps, une vague de laïcisation des hôpitaux demande la suppression des sœurs du personnel soignant. Mais à l'occasion de l'ouverture de l'Hôpital Tenon, à Paris, où la question s'était posée de savoir « s'il y avait lieu de remplacer par des laïques les sœurs qui devaient être appelées à desservir l'hôpital », la commission, soutenue par le *corps médical tout entier*, s'était alors prononcée à l'unanimité en faveur du maintien des religieuses, en faisant valoir comme principal motif « l'intérêt du malade. Aucune autre institution ne pouvant fournir un personnel qui donnerait les mêmes garanties d'aptitude et de dévouement ». Il est vrai qu'à cette époque aucune école d'infirmières n'était encore fondée, alors que les communautés religieuses formaient des novices spéciales en vue de leur fonction hospitalière.

Un personnel médical et infirmier de choix, des locaux que l'on utilisait au mieux malgré leur insuffisance et souvent leur vétusté, allaient de nouveau être débordés par les découvertes médicales de la fin du XIX^e siècle. L'ère bactériologique faisait son apparition avec les travaux de Pasteur et avec elle les lois de la contagion qui allaient transformer les techniques médicales et chirurgicales. Les rayons X, les nouvelles tentatives hardies de la chirurgie, posaient des problèmes hospitaliers nouveaux, pendant que les lois sociales enflaient démesurément le chiffre de la clientèle hospitalière. Le 15 juillet 1893, l'Assistance Médicale Gratuite assimilait un grand nombre de sujets, les « économiquement faibles », aux indigents. En 1905, c'était le tour des vieillards, infirmes et incurables (14 juillet 1905), des femmes en couches (17 février 1913), des familles nombreuses (14 juillet 1913). Citons encore les lois sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, sur l'hospitalisation des malades titulaires de pensions de guerre ou de retraites ouvrières. Alors que la clientèle augmentait de jour en jour, de son côté les techniques de la médecine faisaient des pas de géant. De 1880 à 1920 « la médecine parcourut plus de chemin qu'elle ne l'avait fait depuis Hippocrate ». Malgré les tentatives faites par les hôpitaux, ils ne pouvaient arriver à évoluer au rythme des lois sociales, des besoins modernes de la clinique et des laboratoires (chimie, sérologie, radiologie...).

En 1928 et 1930, les lois sur les assurances sociales permettaient à un grand nombre de malades de voir une partie, au moins, des soins, remboursée ; dernier stade avant l'affiliation d'une grande partie de la population par l'ordonnance du 17 octobre 1945 sur la Sécurité sociale. La charte hospitalière de 1936, préconisée par le ministre Henri Sellier et inscrite dans la loi du 21 décembre 1941, changeait complètement le caractère des hôpitaux et de l'hospitalisation en ouvrant ces établissements « aux malades payants » (paiement par le malade lui-même ou par des organismes financièrement responsables). L'article 2 de cette loi apporte la sanction légale de la notion de solidarité

sociale : « Les hôpitaux et hospices reçoivent, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, les malades, les vieillards infirmes et incurables, les femmes en couches, admis au bénéfice des lois d'assistance.

» Ils reçoivent, en outre, les malades qui doivent être soignés aux frais de l'Etat ou des collectivités publiques, ainsi que les bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et sur les assurances sociales.

» Enfin, ils reçoivent des malades, des vieillards, des infirmes et des incurables, des femmes en couches n'appartenant pas aux catégories ci-dessus dans les conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévue à l'article 35. »

Ainsi sera désormais admise une catégorie de malades, petits payants, non assurés sociaux, dont les ressources sont trop faibles pour une maison de santé, mais qu'il n'est pas logique cependant d'accepter gratuitement à l'hôpital.

Avec la course à la technique, l'organisation hospitalière a été totalement subjuguée par le côté uniquement technique du problème : ce qui a amené la transformation des bâtiments, du caractère charitable de l'hospitalisation... On a perdu de vue, on n'a oublié que le principal : le malade. C'est pourtant lui l'élément principal.

Chapitre II

ÉTUDES DES PRINCIPES

Après avoir pris connaissance de l'élément historique de notre problème, après avoir dégagé ainsi les tendances traditionnelles et modernes de l'hospitalisation, nous allons essayer d'en extraire, de rappeler ou de découvrir les vrais et bons principes qui doivent guider la conception et la réalisation d'une hospitalisation idéale.

Et d'abord, quand on parle d'hospitalisation en notre XX^{e} siècle, de quoi s'agit-il?

Comment pourrions-nous mieux définir cette hospitalisation que par la formule employée par M. le Professeur Riviere dans son rapport sur la « Réforme hospitalière » (1).

« Hospitaliser, c'est soustraire une personne à son milieu habituel, soit pour lui assurer les soins qu'exige une maladie ou un accident, soit pour éviter à son entourage immédiat ou à la collectivité en général un danger que pourrait lui faire courir le maintien du malade dans son milieu » pour le placer dans une collectivité nouvelle.

Toute étude de l'organisation hospitalière suppose donc pour être vraiment constructive :

1° L'adoption de principes directeurs qui représente la base sur laquelle on construit, l'idéal auquel on se réfère

(1) Assemblée générale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien du 22 octobre 1950, in *Bulletin de la Société Médicale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien*, n° 1, janvier 1951.

à tout instant et vers lequel il faut tendre, le fil conducteur qui doit guider les réalisations pratiques (II[e] chapitre) ;

2° L'étude de l'hospitalisation elle-même, telle qu'elle existe, et de ses conséquences (ce sera la troisième partie de notre travail) ;

3° En conclusion, la mise sur pied d'un programme d'amélioration de l'hospitalisation (ce sera la dernière partie de notre étude).

La science, et avec elle les dirigeants politiques ou économiques qui lui sont inféodés, ont voulu, depuis un siècle, ne prendre en considération qu'un petit nombre des aspects du problème humain, les autres étant relégués à une place de second ordre ou même complètement ignorés. Nous constatons qu'en général ce sont les besoins matériels et plus précisément ceux du groupe social qui prévalent dans les préoccupations des gouvernements sur ceux du cœur, ceux de l'esprit, ceux de la personne. De cette attitude, il résulte qu'on a voulu établir sur les hommes, des lois qui ne valent que pour le monde inerte.

Le Docteur Jean Arrii-Blachette, dans son livre *l'Homme devant la Médecine*, ne jette-t-il pas ce cri d'alarme (1) :

« Non seulement la matérialité brutale de notre civilisation s'oppose à l'essor de l'intelligence, mais elle écrase les affectifs, les doux, les faibles, les isolés, ceux qui aiment la beauté, qui cherchent dans la vie autre chose que l'argent... Il semble que l'organisation moderne des affaires et la production en masse sont incompatibles avec le développement de la personnalité humaine. S'il en est ainsi, c'est la civilisation moderne, et non l'homme, qui doit être sacrifiée.

» Il convient de nous dire que l'homme possède à un même degré les caractères de l'organe et les éléments les plus immatériels de l'esprit, les uns et les autres sont indispensables pour son expansion sociale, son équilibre physiologique, l'accord parfait de ses fonctions. »

---

(1) Editions Plon, Paris, 1939.

C'est à un homme de laboratoire, le Docteur Alexis CARREL, qu'il appartient d'avoir déclaré sans ambage que la médecine s'était engagée dans une impasse. Dans son livre sur *l'Homme, cet inconnu* (1), il met le doigt sur le mal de la science moderne : l'absence d'une connaissance synthétique. Dans l'esprit d'Alexis CARREL, c'est bien un avertissement qu'il lance au monde avant que celui-ci ne s'anéantisse dans son erreur : « Nous sommes plongés dans un monde que les sciences de la matière inerte ont construit sans respect pour les lois de notre nature. Dans un monde qui n'est pas fait pour nous parce qu'il est né d'une erreur de notre raison et de l'ignorance de nous-mêmes. A ce monde, il est impossible de nous adapter... »

Nous n'avons, à dessein, cité dans ce paragraphe que des auteurs dont l'œuvre ne reflète aucun *a priori* chrétien. Mais si les erreurs et les lacunes de la conception matérialiste de l'homme sont apparues avec autant de netteté à des agnostiques, il est, à plus forte raison évident que les auteurs chrétiens devaient s'émouvoir de ces erreurs et de ces lacunes ; il est également évident que les nécessités de leur témoignage les contraignaient à faire entendre une conception de l'homme, plus proche des enseignements de l'Eglise. Nous n'en voudrions pour preuve que la publication, en 1938, du livre du Docteur René BIOT, *Le Corps et l'Ame* (2), dans lequel l'auteur, catholique fervent, montre l'absolue nécessité de considérer la personne humaine dans son ensemble et de tenir compte des fins qui sont les siennes.

Plus près de nous, M. le Professeur M. RIVIERE, dans sa leçon inaugurale, parlant de la « Conservation en gynécologie et en obstétrique » (3), ne s'exprimait-il pas ainsi :

« Nous pensons, pour notre part, que parmi toutes les branches de l'activité humaine, la médecine, plus que toute autre, a besoin de s'inspirer de principes directeurs, faute

(1) Plon, Paris, 1935.

(2) Collections « Présences » (Plon, Paris, 1938).

(3) Leçon inaugurale du 18 juin 1943, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, juillet 1943.

de quoi sa recherche ne parviendra jamais à se dégager d'un empirisme tâtonnant... »

Et un peu plus loin :

« L'arbre se juge à ses fruits : les fruits du matérialisme, c'est le malheur universel de l'heure présente. Pour quiconque observe et médite, l'homme vit dans un monde chiffré dont il a perdu la clef. C'est vainement qu'il se tourne vers le savant ou le soi-disant tel pour l'aider à résoudre l'énigme. Même entre les mains et dans l'esprit de Claude BERNARD, la méthode expérimentale ne peut être qu'une technique de recherche, elle ne saurait éluder le problème métaphysique. Respectueuse de la causalité biologique, la médecine ne peut ignorer ni la cause première, ni les fins dernières.

» Le matérialisme ne peut conduire qu'à une médecine de l'individu, de l'être humain privé de ses véritables dimensions, séparé de ses rapports avec les créatures et avec le Créateur. »

Nous n'avons pas l'intention, ici, de montrer les raisons que nous avons de « croire » — ce qui n'aurait pas sa place dans notre travail — mais au contraire de montrer de quel jour s'éclaire les connaissances scientifiques lorsqu'elles sont soumises au postulat de la Foi et lorsque les concepts « raison », « vérité », « charité » retrouvent leurs sens réels.

« Du fait de la doctrine de l'Eglise, la médecine revêt aux yeux du médecin chrétien un aspect spécial », dit le Docteur Henri BON.

Nous puiserons les principes directeurs, que nous utiliserons dans cette étude, dans le dogme de l'Eglise catholique, mais nous verrons qu'ils sont aussi du « domaine commun » qu'est l'Histoire. Pour les sources chrétiennes, nous nous référerons aux Evangiles, aux encycliques traitant de ces questions et aux nombreux discours des derniers Papes, depuis un siècle, s'adressant aux assemblées de médecins catholiques réunis à diverses occasions. Nous citerons également les travaux de praticiens catholiques, dans lesquels il faut mentionner en bonne part ceux des Sociétés de

Saint Luc, les comptes rendus de la XXXVIII[e] Semaine Sociale de Montpellier en 1951, la collection des ouvrages de « Médecine catholique » dirigée par le Docteur Henri Bon et qui trouve son inspiration dans les études des membres de ces sociétés, les œuvres du groupe lyonnais d'Etudes morales, philosophiques et sociales (collection « Convergences » ; Spès, éditeur, Paris).

Le progrès technique, dont nous sommes les témoins heureux, est la cause d'amélioration des conditions de vie mais soulève de graves problèmes dans le domaine de la santé. La notion de santé revêt aujourd'hui une large signification englobant même « le bien-être spirituel et social de l'humanité ». Et, d'ailleurs, remarquait le Pape Pie XII (1) :

« L'Eglise, loin de considérer la santé comme un objet d'ordre exclusivement biologique, a toujours souligné l'importance, pour la maintenir, des forces religieuses et morales et elle l'a toujours compté au nombre des conditions de la dignité et du bien-être de l'humanité, de son bien corporel et spirituel, temporel et éternel. »

Et c'est pourquoi, si les récentes découvertes de la biologie et de la psychologie — désormais sous-jacentes à toute étude technique des problèmes de santé — méritent, comme tous les progrès de la science, la plus haute estime, elles ne sauraient être appliquées à l'homme sans discernement et indépendamment des normes supérieures de la morale naturelle et chrétienne. Celle-ci maintient partout ses droits immuables :

« C'est d'eux, disait encore le Saint Père (2), c'est d'eux et non de considérations de sensibilité, de philanthropie matérialiste, naturaliste, que dérivent les principes essentiels de la déontologie médicale : dignité du corps humain, prééminence de l'âme sur le corps, fraternité de tous les

(1) S. S. Pie XII : Discours aux membres de l'Assemblée mondiale de la Santé du 27 juin 1949, in *Documentation catholique* du 17 juillet 1949.

(2) S.S. Pie XII : Discours aux membres du IV[e] Congrès international des médecins catholiques du 29 septembre 1949, in *Documentation catholique* du 23 octobre 1949.

hommes, domaine souverain de Dieu sur la vie et sur la destinée. »

Les questions soulevées par le développement contemporain des sciences de la vie s'élargissent du fait de l'intervention croissante des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. Combien plus graves que certains désordres individuels seraient, en effet, par ses répercussions sur la vie des peuples entiers, l'adoption de positions matérialistes par des organismes dont l'autorité s'étend au plan national et même international ?

Progrès de la biologie, progrès des techniques psychologiques, progrès de la protection légale de la santé et de la médecine sociale, c'est une avance sur tous les fronts. Mais la médecine moderne ne risque-t-elle pas d'être un peu grisée par ses progrès et au nom des techniques, d'oublier les vraies valeurs qu'elle doit défendre.

Ces vraies valeurs sont les suivantes :

1° Le **prix de la vie,** qui nous mettra en garde contre une tentation matérialiste et nous guidera en particulier dans notre conception de l'hospitalisation et de l'hôpital. La vie, pour un chrétien, est un don de Dieu qui doit servir à sa gloire et à notre salut. Le corps est au service d'une âme immortelle qu'il rejoindra comme compagnon dans l'éternité. La vie terrestre est l'ébauche d'une vie surnaturelle qui aura son épanouissement dans l'intimité de Dieu au ciel. Ainsi sont situées les valeurs de la santé et de la maladie. La santé, bien précieux, n'est pas le bien suprême. La maladie qui nuit au corps, peut profiter à l'âme. Faut-il rappeler que les souffrances, acceptées librement par un chrétien, prennent une valeur méritoire et rédemptrice. Dans cette sorte de « coopération spirituelle de la Communion des Saints », le malade a une vocation impérative d'associé à la Rédemption du Christ.

2° **La valeur de la liberté.** — La liberté est une des plus grandes manifestations de la dignité de l'homme. Chez tout être humain, cette liberté viciée par le péché mais

restaurée par le Christ, est soutenue et dépassée par la grâce et l'homme garde toujours assez de liberté pour faire, avec le secours de la grâce, son salut. Nous verrons que cette liberté doit s'exprimer à tous les échelons de l'hospitalisation : dans le choix de l'hôpital, du service, des médecins, dans le choix ou, au moins, l'acceptation des thérapeutiques. Le malade n'est pas un être inanimé à qui on peut tout imposer. Il faut toujours une acceptation, au moins tacite, de sa part.

Dans quelle mesure peut-on user vis-à-vis de lui du droit de contrainte? Lorsque l'intérêt général le réclame, mais sans que le bien commun soit différent ou opposé au bien personnel du malade ni à la dignité de la personne humaine, les autorités responsables peuvent et doivent prescrire les mesures qu'exige la protection de la santé, par exemple en cas de fléaux sociaux (choléra, syphilis, tuberculose...) ou de réactions antisociales de certains malades (psychopathies), car la liberté de chacun est limitée par la liberté identique de tous les autres. La famille, le groupe professionnel, l'Etat, doivent user d'autorité pour imposer les mesure qui garantissent la liberté humaine contre tous les agissements et les envahissements qui pourraient, même sous couleur de liberté, leur porter préjudice.

3° **Le respect de la personne humaine,** qui nous précisera les conditions d'une orientation sage dans l'emploi de l'hospitalisation, dans le soucis de la protection de la santé individuelle et collective. Le service de la personne humaine doit engager à mettre à la portée du plus grand nombre des conditions d'hospitalisation qui soient le plus en rapport avec la dignité humaine. Le respect de la personne humaine proteste contre une hospitalisation trop administrative, odieuse ou tyrannique, si elle n'est pas appliquée avec amour pour le malade, avec esprit de sacrifice de la part de ceux qui le soignent. Cette conception qui élève tout homme à la dignité de Fils de Dieu, donnera un si grand respect de la dignité des malades à l'hôpital, qu'il en dirigera l'utilisation dans l'intérêt de tous (malades et médecins), mais sans oublier le plus grand bien de chacun. Cette idée

a conduit autrefois à un véritable culte pour « notre frère, le malade », mais elle est si importante qu'elle transforme l'hospitalisation, depuis la conception même du bâtiment (répartition des salles, chambres de trois ou quatre lits au lieu de quarante...), jusqu'au comportement des bien-portants vis-à-vis du malade (tenir compte de sa pudeur, manière de donner les soins, de faire les examens...).

4° **Le respect des liens naturels et affectifs de la famille.** — Dans la conception chrétienne, comme dans notre conception occidentale et européenne de la société, « la famille est la pierre angulaire de tout l'édifice social ». La personne humaine naît, s'épanouit et meurt au sein d'une famille. Si la santé de chaque membre fait partie du bien commun familial, elle n'est pas, bien entendu, tout le bien commun qui est fait aussi de la qualité des liens naturels qui existent entre ses membres, de la somme de dévouements et de sacrifices librement consentis, de l'élévation spirituelle de chaque membre, du malade comme de son entourage. La maladie, qui a une valeur spirituelle pour le malade, en a une aussi pour la famille : liens resserrés entre conjoints à l'occasion de la maladie de l'un d'eux, réconciliation des parents au chevet d'un enfant, « conversion » devant l'exemple donné par la mort édifiante d'un des membres.

Chaque famille a le devoir de soigner ses malades dans la mesure où cela est matériellement possible et médicalement souhaitable : ce qui nous conduira à envisager l'organisation des soins à domicile. Gardons-nous d'encourager la cellule familiale à décharger sur une autre collectivité différente le soin et les responsabilités de la guérison de ses malades. Luttons, comme le dit M. le Professeur M. Rivière, « contre une politique générale qui tendrait à supprimer la famille en conduisant à une conception de l'hospitalisation universelle », où « l'individu naîtrait à l'hôpital, serait malade à l'hôpital, mourrait à l'hôpital. » Mais nous verrons plus loin que l'hospitalisation d'un malade peut être, en partie, légitimée, non par son état de santé, mais par les répercussions matérielles ou les dangers que son maintien dans la famille entraînerait ou ferait courir à l'entourage.

L'évolution sociale d'une part, et l'évolution de la technique d'autre part, ont mis en évidence le droit de l'individu à un maximum de soins compétents. Mais la distribution de ces soins compétents et l'usage même de la technique actuelle ont rendu parfois impossible le maintien du malade dans sa famille. C'est un fait indiscutable, mais la réalisation de l'hospitalisation a oublié, d'une façon trop importante, la psychologie du malade et de la famille pour ne penser qu'à faire de l'hôpital, le « temple de la Technique ».

Il faut que l'organisation matérielle, administrative... de l'hôpital permette la facilité et la multiplicité des contacts entre le malade et sa famille : proximité du domicile familial, heures de visites nombreuses, intimité plus grande lors des visites, soit par la conception de l'hôpital par petites chambres, soit en aménageant, comme cela se fait en Amérique et en Suède, des rideaux amovibles ou des paravents autour des lits... C'est ce qui fait la supériorité morale des cliniques et la chambre individuelle est l'idéal vers lequel il faut tendre.

5° **Chaque groupe naturel a le droit et le devoir de veiller à la santé de ses membres,** car la santé de chaque membre fait partie du bien commun du groupe. Mais ce bien commun, secondaire dans la chronologie et la hiérarchie des différents biens, ne peut jamais être différent ou opposé au bien particulier de la personne humaine ou au bien familial. Il faut prôner, comme le recommande le Pape, une organisation professionnelle de l'entr'aide et des soins. Chaque « métier » devrait prendre en charge les soins de ses membres. Si une corporation isolée ne pouvait le faire seule, un groupement de corporations, comme par exemple tous les corps de métiers du bâtiment, devrait fonder « leur » hôpital ou leur clinique, ou tout au moins entretenir, dans les organismes généraux, des « lits » destinés à leurs membres. Dans la mesure où un métier ou une corporation ne pourrait supporter entièrement la charge financière, ils pourraient faire appel à l'Etat qui, moyennant un contrôle de l'utilisation, fournirait le complément des sommes nécessaires à ce but. La responsabilité de chaque groupe en matière de

santé est, en effet, d'autant plus grande qu'il est plus proche du malade. L'Etat qui veille à la santé générale ne peut et ne doit suppléer ces groupes qu'en cas d'impossibilités ou de carence absolues, sans jamais enlever aux groupes « primaires » leurs responsabilités en cette matière.

Certaines grandes entreprises économiques (S.N.C.F., Gaz et Electricité de France, Mines...) prennent en charge la santé de leurs membres. Mais les services créés dans ce but considèrent la santé comme un bien propre à l'entreprise et la condition nécessaire d'exécution du travail, plus qu'ils ne recherchent la santé en vue de l'épanouissement des exigences élémentaires de la vie ou des hommes dans la société. Non pas que l'entreprise ne se doive de rechercher pour tous les travailleurs des conditions de travail les plus favorables, ni que les membres de l'entreprises, en cas d'accidents du travail ou de maladies contractées « du fait » du travail, ne puissent être assurés de recevoir les secours nécessaires, mais il arrive souvent que l'entreprise puisse prendre des mesures et possède des moyens dont les familles et l'Etat même sont en fait dépourvus et qu'elle soit ainsi en mesure de remplir très efficacement une heureuse fonction de suppléance. Mais elle doit rester en tout cela l'auxiliaire de la personne humaine et de la famille et veiller à ne jamais empiéter sur leurs prérogatives.

Les métiers, les groupes corporatifs, l'Etat, doivent, chacun dans leur mesure, veiller aux soins de leurs membres mais ne doivent jamais les limiter aux seuls « récupérables » en rejetant les autres. Les malades, *tous* les malades, pour n'avoir pas une « utilité » sociale ou économique, n'en gardent pas moins une valeur infinie dans la société, non seulement par ce qu'ils peuvent apporter au groupe, d'un point de vue supérieur, mais par tout ce qu'ils suscitent de dévouement, d'abnégation, de compassion, de charité, poussés parfois jusqu'à l'héroïsme, comme par tout ce qu'ils provoquent d'efforts et de progrès scientifiques. On peut donc parler du « rôle social des malades », de « valeur sociale de la maladie ».

6° Le principe de la **Sécurité Sociale** est excellent *(l'homme, quel que soit son niveau social, à droit à la meilleure qualité possible des soins ; la collectivité a le devoir de les organiser et d'en permettre l'accès au plus grand nombre)*, mais son fonctionnement pose encore de nombreux problèmes et son organisation garde surtout une lourdeur trop administrative. Par de nombreux points (1), elle ne se conforme pas aux principes moraux du respect de la personne humaine et de la famille. Devant les membres de l'Episcopat venus à Rome pour la proclamation du dogme de l'Assomption, le Saint Père (2) mettait en garde contre ces abus : « Sous cette appellation (de Sécurité Sociale), on cherche à violer, entre autres, les droits de la personne humaine... » Et plus loin : « Pour les chrétiens et, en général, pour ceux qui croient en Dieu, la Sécurité Sociale ne peut être que la sécurité *dans* la société et *avec* la société. » Il n'entre pas dans notre sujet de faire le procès de la Sécurité Sociale. Mais reconnaissons que « forte de ses moyens financiers, elle surveille, conseille, exige. Déjà se forme une doctrine de l'hôpital, mais cette doctrine n'est que matérielle : doctrine architecturale, doctrine d'exploitation » et que « sous prétexte de bonne gestion, elle limite : durée d'hospitalisation, moyen de diagnostic, moyens de traitement » (3), alors qu'un des arguments premiers de la légitimité de la Sécurité Sociale était l'exigence de la technique et les frais qu'elle entraîne. Mais nous ne pouvons oublier que la société ou les organismes responsables de la santé ont le devoir de faire bénéficier *tous* les malades et non pas seulement certaines catégories, de l'apport des techniques, tant matérielles que psychologiques et médicales, et d'en couvrir les frais sans jamais porter atteinte à la dignité de l'homme. Il ne nous appartient pas ici de tracer un « plan quinquennal » de la santé, réalisant à la fois la qualité et la

(1) Voir, à ce sujet, dans la *Semaine des Hôpitaux* du 6 décembre 1950 (p. 1085 à 1087) : « Rôle du médecin et de la société dans l'assistance aux malades condamnés. »

(2) *Documentation catholique* du 19 novembre 1950. Discours du 2 novembre 1950.

(3) Pr Riviere : Rapport à l'Assemblée générale de Saint Luc du 22 octobre 1950 sur la « Réforme hospitalière ».

répartition des soins, mais seulement d'en apprécier la légitimité et d'en esquisser les idées directrices. La discussion des principes ne doit pas nous dissimuler les réalités. Un « dirigisme » de la santé engage l'ingénieur comme le financier, l'urbaniste comme le maçon, le médecin comme l'administrateur, les malades comme le personnel hospitalier. La seule attitude à avoir pour trouver une solution pratique, est un amour désintéressé de nos frères : malades, médecins, personnel hospitalier, famille des malades, de tous ceux qui sont en contact et au service des malades.

7° L'Etat a le devoir de **former des médecins et de permettre, dans les hôpitaux, la recherche scientifique.** Il est assez paradoxal de voir que l'avènement de la Sécurité Sociale en France a eu pour effet, alors qu'elle multipliait les « bénéficiaires », de vider en grande partie les hôpitaux. On a oublié que, pour soigner les malades, il fallait des médecins et que pour les former il leur fallait le contact avec les malades. Si donc l'évolution sociale, excellente en soi, permet aux malades peu fortunés, « économiquement faibles » pour employer un mot qui a fait fortune, d'accéder à un niveau de soins supérieur à ce qu'il était autrefois, il aurait fallu prévoir soit une catégorie de malades qui aurait été la clientèle des hôpitaux, en leur donnant des avantages particulièrement importants (tels, par exemple, la quasi-gratuité des soins), soit l'accès des étudiants aux organismes de soins où vont, en fait, les malades.

Nous ne pourrions mieux conclure ce chapitre sur les principes directeurs de l'hospitalisation, que par la citation de la « Résolution » de l'Association des Malades :

« Le malade reste un homme et l'homme est essentiellement libre.

» Le malade entre à l'hôpital pour guérir. Tout en restant pleinement homme ou en le devenant davantage. L'hôpital est le lieu où s'écoule désormais sa vie à temps complet. Il doit lui permettre une vie aussi complètement humaine

que possible. Le malade n'est pas seulement un cas pathologique, il est un être social. Limité dans ses libertés physiques, il a d'autant plus besoin de n'être pas amputé dans le libre exercice de ses facultés intellectuelles, spirituelles, affectives et morales.

» Il se soigne librement : consentant volontairement à ce qui lui est prescrit, comme le malade individuel qui consulte son médecin et l'honore de ses deniers.

» Il est membre d'une famille, d'un foyer, il y garde un rôle à jouer, des responsabilités à assumer, il a le devoir de défendre les valeurs familiales mises à dure épreuve par la maladie et la séparation.

» Il est un professionnel : il a à le demeurer et, parfois, lorsqu'il est jeune, à le devenir. Il a le devoir de se perfectionner, de conserver les liens qui l'unissent à la vie de travail, de revendiquer une place adaptée à son état, pour le moment où il pourra le prendre.

» Il est citoyen : il doit pouvoir toujours mieux connaître son rôle civique ; s'il le veut, il doit pouvoir compléter sa formation, selon ses affinités politiques. Il exerce ses droits de citoyen, notamment par le vote.

» Il est co-participant à l'organisation de tout ce qui touche sa vie, il doit être représenté dans l'organisation médico-sociale, il a à connaître des organismes financés avec son argent solidairement économisé. Il a le droit de se grouper. Travailleur et malade sont une seule et même personne à des moments différents : les Fédérations sont aux malades ce que les Syndicats sont aux travailleurs.

» Il n'est pas seulement un corps : il a un esprit ; il doit pouvoir l'enrichir par le développement de ses connaissances, de sa culture.

» Il a le droit de croire qu'il a une âme et celui de chercher dans les philosophies ou les religions une réponse aux interrogations qui se posent à tout homme.

» Il est un être social, qui ne se réalise pas seul, mais par les contacts qui se prennent dans les groupes divers.

» L'hôpital ne peut lui offrir toutes les ressources sociales suffisantes. Le malade a le droit et le devoir de ne pas se couper du monde extérieur. Il doit exercer ses droits humains en toute sérénité et liberté, sans gêner leur même exercice chez autrui, et sans qu'aucun dommage soit apporté à l'heureuse harmonie de la vie collective. »

Chapitre III

L'HOSPITALISATION ACTUELLE
(Ses conséquences sur l'individu et la famille)

Pour essayer de concevoir une hospitalisation plus « humaine », après avoir brièvement étudié les principes, nous voudrions prendre contact avec la réalité.

Ce qui nous a paru la plus grave conséquence de l'hospitalisation, ce sont ses répercussions morales sur le malade et la famille. Nous les détaillerons, mais nous ne voulons pas pour autant ignorer les autres imperfections de l'hospitalisation qui existent actuellement. Elles dépasseraient par trop le cadre de notre travail, mais elles doivent au moins être signalées, car nous en tiendrons compte dans notre étude. Ce sont :

— L'imprévision d'une catégorie de malades, intermédiaires entre les économiquement faibles ou les assurés sociaux d'une part et, d'autre part, les personnes fortunées qui peuvent bénéficier et supporter les frais des soins en clinique : dans cette catégorie entrent, par exemple, les artisans, trop riches pour être soignés gratuitement à l'hôpital, mais trop pauvres pour bénéficier des soins chez eux...

— L'insuffisance de la « réception » dans les hôpitaux.

— La monstruosité et l'inhumanité des hôpitaux modernes, trop gigantesques.

— La froideur et l'impersonnalisation de l'atmosphère hospitalière.

— L'insuffisance de la technique de beaucoup d'hôpitaux.

— Le défaut d'organisation dans la continuité des soins et des services de garde.

— Le manque d'éducation professionnelle d'une grande partie du personnel hospitalier qui n'a pas conscience de la valeur morale, de la « beauté » de son travail.

— Le manque de contrôle et l'énorme « coulage » des grands hôpitaux.

— La mauvaise gestion « commerciale » de la plupart des hôpitaux.

— Le manque d'union et d'en entetentre les différentes organisations hospitalières de la nation et du monde, qui a entraîné la création du « pool blanc ».

— La rigidité trop grande de l'accession aux postes hospitaliers, trop exclusivement réservés à ceux qui « ont fait les concours ». Il y aurait de prévoir des places officielles pour des bénévoles non titrés, comme cela existe en Amérique, par exemple.

Consequences de l'hospitalisation sur l'individu et la famille

D'après les chiffres fournis, en septembre 1950, au Congrès de la Fédération nationale des malades, trois millions de personnes sont hospitalisées annuellement en France.

Parmi celles-ci, un certain nombre ne faisait pas partie d'un « groupe familial ». Est-ce à dire que pour n'être pas une séparation affective, l'hospitalisation n'amène pas un bouleversement dans leur vie, qui pose déjà des problèmes ? Pour ces malades sans famille, sans liens naturels, sans logis et peut-être sans ressources, l'hospitalisation a-t-elle parfois été accueillie avec joie, quelquefois même recherchée. En dehors des souffrances physiques qu'impose la maladie, elle comporte aussi, même pour l'isolé, un lourd fardeau

de souffrances morales, de ces « inquiétudes » dont nous parle M. le Professeur RIVIERE (1) :

— Inquiétude de ce que va être le diagnostic et des épreuves à subir pour parvenir à son établissement.

— Inquiétude du traitement auquel il devra se soumettre (douleurs physiques, sacrifice de l'intégrité de son corps, perte de temps, dépenses...).

— Inquiétude de l'issue finale (guérison, infirmité, mort...).

— Inquiétude pour la place qu'il occupait dans la profession.

— Inquiétude de souffrir dans sa liberté, dans son confort, dans sa pudeur et obligation de subir la vie communautaire et sa discipline à l'hôpital.

Si, pour un malade « isolé », la maladie et l'hospitalisation représentent cette somme d'inquiétudes, pour un malade, membre d'une famille, le problème sera encore plus grave. Nous avons vu que la maladie d'un membre est une épreuve morale pour la famille. Aux angoisses de son malade, la famille doit répondre par son comportement, sa psychologie. Nous avons vu que les liens affectifs et spirituels qui unissent chaque membre s'en ressentiront. Mais combien plus, la maladie est une épreuve matérielle. Directement, elle est une source de dépenses : soins médicaux, pharmaceutiques, examens et analyses complémentaires..., mais aussi indirectement par la suppression, ou tout au moins la perte d'une partie importante du salaire de la personne malade, quand ce n'est pas l'obligation, pour rester auprès du malade, de l'arrêt du travail d'une personne de l'entourage. La maladie de la mère de famille entraîne, outre la perte de salaire si elle travaillait au dehors, l'obligation de négliger le travail domestique, l'intervention d'une tierce personne pour s'occuper des soins de la malade, des repas, des enfants, du ménage. Le temps n'est plus, nous rappelle M. le Professeur RIVIERE, où, dans chaque famille,

(1) Pr RIVIERE : Rapport à l'Assemblée générale de Saint Luc, le 22 octobre 1950, sur la « Réforme hospitalière. »

autrefois nombreuse, on trouvait facilement une personne : sœur, tante « vieille fille », qui était toujours prête à servir d'infirmière, de garde-malade ou plus simplement de bonne à tout faire ! A l'heure actuelle où la famille est réduite, où le rythme de la vie oblige souvent la mère de famille à travailler à l'extérieur — ce qui est, à plus forte raison vrai pour les « personnes seules » — aucun membre ne peut se consacrer au service des malades. L'hospitalisation peut, dans une certaine mesure, soulager ces charges en transférant à un organisme communautaire le soin du malade, en même temps que la responsabilité des sommes à verser dans ce but.

« Maladie familiale, maladie de la famille tout entière. Quand un seul de ses membres est frappé, elle l'est encore parce qu'elle impose d'une manière quasi-constante la séparation du malade aux fins de soins ou la séparation des enfants à titre prophylactique : cette dispersion des membres de la famille est une maladie en soi, avec ses conséquences parfois désastreuses », dit le Docteur Paul FREOUR.

L'hospitalisation du père ou de la mère de famille désorganise le foyer, tant au point de vue matériel que moral, plus que la maladie elle-même. C'est l'abandon des soins du ménage et des enfants par la mère de famille, c'est la disparition de l'autorité paternelle, mal remplacée par celle de la mère sur qui retombe l'entière responsabilité de la famille, jusque-là assumée par les parents. Souvent aussi faut-il prendre d'importantes décisions au point de vue matériel ou moral : changement d'emploi pour permettre à la mère ou au père de rester plus longtemps à la maison, enfants pensionnaires ou confiés à des mercenaires ou à des communautés (crèches, garderies...), arrêt et abandon des études des enfants pour les mettre « au travail ».

Mais, nous dit M. le Professeur RIVIERE, « ce qui est le plus sensible, c'est le rejet sur une collectivité anonyme d'une responsabilité qui incombe naturellement à la famille : la responsabilité de la santé de ses membres. Le temps n'est plus où il fallait que le médecin usât de persuasion, voire même d'autorité, pour envoyer un malade à l'hôpital ;

assez souvent il lui faut maintenant plaider pour le maintenir dans son milieu familial qui cherche, consciemment ou non, à s'en débarrasser. Nous assistons ici à un phénomène très général qui est le rejet des responsabilités naturelles, responsabilités qu'une société saine doit savoir assumer au niveau de chacun de ses éléments constitutifs : le bébé à la crèche, l'enfant aux colonies de vacances, le malade à l'hôpital, le vieillard à l'hospice. Formes appropriées à chaque âge, d'une évolution sociale que l'on veut nous montrer comme inéluctable, mais dont la fatalité reste à démontrer. » Combien de fois avons-nous vu des malades qui n'ont pas été repris par leur famille au moment où ils auraient pu l'être et où l'hospitalisation cessait d'être souhaitable, non parce qu'ils demandaient des soins coûteux ou nombreux, mais parce qu'ils gênaient. Comme nous sommes loin du « dévouement, de l'abnégation, de la charité, poussés parfois jusqu'à l'héroïsme » que doivent susciter les malades.

Si pourtant l'hospitalisation est nécessaire, aux inquiétudes qui étreignent le malade isolé, sans famille, d'autres inquiétudes viendront s'ajouter à cette « somme d'éventuelles souffrances » dont parle le Professeur MOLLARET :

— Inquiétude de la situation de famille durant l'hospitalisation ou après la sortie de l'hôpital.

— Inquiétude du devenir de la famille en cas de mort.

Une fois l'hospitalisation réalisée, les inquiétudes abstraites se transforment en réalités concrètes. Comme le dit M. le Professeur M. RIVIERE : « Chez lui, il était un malade parmi les bien-portants. Il était le malade de la famille et on le désignait par son prénom. Ici, il cesse d'être un malade, il devient une maladie, il cesse d'être M. Untel, M^me^ Untel, il devient le n^o^ X.

» On peut imaginer pis encore : c'est l'hospitalisation dans un service spécialisé pour telle maladie, où tous les malades sont atteints de la même affection et ne se distinguent même pas les uns des autres par une maladie qui soit propre à l'un d'entre eux. Ici, on atteint le maximum de

dépersonnalisation. Le malade a laissé sa personne au Bureau des Entrées. »

Déchargé du souci matériel immédiat de sa personne, déchargé en apparence ou en réalité du souci matériel et moral de sa famille, le malade « s'installe » dans sa maladie. Il reprend une mentalité régressive, dont il ne se défera ultérieurement qu'avec beaucoup de peine. Nous connaissons tous (ces faits sont fréquemment observés après de longues hospitalisations) des malades qui éprouvent beaucoup de difficultés pour reprendre leur place dans le milieu familial, professionnel et social.

Il nous reste maintenant à ébaucher les limites des indications de l'hospitalisation. Ces indications dépendent, en effet, des principes définis plus haut, mais leur valeur se trouve largement confirmée par cette étude rapide que nous venons de faire, de l'hospitalisation telle qu'elle est réalisée actuellement et de ses conséquences.

Ces **indications** sont les suivantes (1) :

1° L'hospitalisation est **indispensable** :

a) *Pour le malade lui-même* :

— Si sa situation sociale ou matérielle rend impossible des soins convenables à domicile, quelle que soit la maladie en cause ;

— Si les techniques de diagnostic sont trop complexes pour pouvoir être utilement mises en œuvre au domicile même du malade ;

— Si certaines techniques de traitement médical ou chirurgical ne peuvent être judicieusement utilisées qu'en milieu hospitalier (établissement du régime d'un diabétique, rééducation d'un poliomyélitique, par exemple) ;

— Si la nécessité d'assurer la clandestinité des soins oblige à mettre le malade à l'abri des indiscrétions (accouchements, avortements, maladies vénériennes...).

b) *Pour la famille* :

(1) D'après le rapport de M. le Pr Riviere : « la Réforme hospitalière ».

— Quand il y a impossibilité matérielle de soigner le malade à domicile. L'impécuniosité est la raison la plus souvent invoquée, mais à l'heure actuelle il se pose, à notre avis, un problème bien plus grave : l'insuffisance et l'insalubrité des locaux ;

— Quand les conditions de travail du conjoint ne permettent pas de soigner le malade (femme malade alors que le mari travaille au dehors, par exemple) ;

— S'il y a impossibilité d'assurer la décence (accouchements, avortements...), si la famille comprend un grand nombre d'enfants ou si le logement implique une trop grande promiscuité.

c) *Pour la société* :

— L'hospitalisation est nécessaire en cas d'épidémies graves ou pour des malades dangereux (psychopathies, tuberculose...).

2° L'hospitalisation est **souhaitable** :

a) *Pour le malade lui-même* :

— Chaque fois que le milieu familial ne peut donner des soins techniquement aussi bons que ceux assurés en milieu hospitalier. (Encore ne faudrait-il pas invoquer cette raison pour laisser, par exemple, à l'hôpital, un malade après la pose d'un plâtre pour une fracture, alors que la guérison n'étant plus qu'une affaire de temps, le malade pourrait être remis à la famille.)

b) *Pour la famille* :

— Chaque fois que le malade fait courir un risque trop important à la famille : dans le cas, par exemple, de certaines maladies aiguës ou contagieuses ;

— Quand une maladie chronique, longue ou nécessitant des soins quotidiens et prolongés, est susceptible d'infecter la famille ou de donner un surcroît de travail qui ne pourrait que faire négliger par les autres membres bien portants, des nécessités plus impérieuses. Encore que, dans ce cas-là, une autre solution ne fût meilleure, comme par exemple, la présence d'une infirmière à domicile pour s'occuper du

malade ou celle d'une « Travailleuse familiale » (1) qui puisse décharger la mère de famille des soins du ménage pour lui permettre de se consacrer entièrement au soin du malade. Tout ceci, évidemment, sans diminuer la qualité des soins ni augmenter outre mesure les risques et les fatigues de l'entourage.

3° L'hospitalisation est **à rejeter** chaque fois que, sans nécessité ou sans utilité, elle rompt les liens naturels entre le malade et sa famille.

S'il n'appartient pas aux médecins ni aux malades et à leur entourage de supprimer toutes les inquiétudes et toutes les conséquences qu'entraîne l'hospitalisation, celle-ci doit être conçue de manière à répondre à toutes les exigences matérielles et morales du malade, à permettre au maximum les contacts entre le malade et sa famille et à leur offrir toutes les ressources de la technique. C'est dans un tel cadre que la médecine hospitalière sera vraiment une médecine « humaine ».

---

(1) Cf. à ce sujet, *Semaine Médicale des Hôpitaux*, 6 octobre 1951 (p. 711 à 714), et *Techniques hospitalières*, n° 17, février 1947 (p. 12).

Chapitre IV

LA RÉALISATION : L'HOPITAL IDÉAL

Avant d'aborder le problème de la réalisation, sinon idéale, du moins plus parfaite, de l'hôpital, nous estimons nécessaire d'exposer très rapidement et dans ses grandes lignes l'importante question des **soins à domicile.** On voit, en effet tout de suite, les conséquences que pourrait avoir une telle organisation sur les indications de l'hospitalisation et par suite sur le nombre, le volume, la répartition des hôpitaux, l'utilisation du personnel.

Ce problème des soins à domicile précède celui de l'hospitalisation. Il découle, en effet, du principe de base, du principe primordial que nous avons déjà mis en évidence : l'homme, même malade, ne peut s'épanouir, se développer et vivre normalement que dans le milieu familial ; la famille a le devoir de soigner ses malades et peut, de la maladie d'un des siens, retirer un bénéfice moral.

L'idée est déjà ancienne puisque Saint Vincent de Paul, pourtant fondateur des premiers hôpitaux modernes, refusa de les multiplier et préféra fonder ses « Dames de Charité » pour aller soigner les malades chez eux et s'astreindre « aux mille besognes pénibles qu'exigent leurs soins ».

L'organisation des soins à domicile, dans la mesure où ceux-ci sont techniquement possibles et moralement souhaitables, s'avère d'emblée difficile. Elle suppose une véritable révolution dans nos habitudes et une réforme complète de nos façons de penser.

Il faut prévoir un personnel spécialisé, un matériel spécial facilement transportable. Il faut concevoir des « équipes mobiles » dotées de moyens de transport et de moyens techniques. La composition de ces équipes sera à déterminer en fonction des besoins mais, à notre humble avis, un omnipraticien ayant des connaissances et une habitude de la petite chirurgie, deux infirmières et une assistante sociale nous semblent, suffisants pour faire à la campagne, en ville ou en banlieue des thérapeutiques actuellement difficiles à mettre en œuvre par le médecin traitant et réaliser des opérations de petite chirurgie. On peut même concevoir, avec un matériel chirurgical, restreint (du type des groupes chirurgicaux mobiles de la dernière guerre), la possibilité d'interventions d'extrême urgence au domicile même du malade, lorsque le transport de celui-ci s'avère trop dangereux ou trop long (appendicite aiguë, hernie étranglée datant de plusieurs jours, hémorragies graves type grossesse extra-utérine, écrasement des membres avec « choc » très grave, réanimation...). Mais ceci représente déjà une organisation relativement avancée. Sans aller jusque-là, une organisation moderne des soins à domicile rendrait déjà d'immenses services en permettant de faire, à domicile, des thérapeutiques qu'il est actuellement difficile ou même impossible d'utiliser, tout au moins d'une façon satisfaisante au point de vue technique et surtout suffisamment prolongée (transfusion sanguine, sérum intraveineux, traitement des phlébites avec surveillance quotidienne du laboratoire, traitement intensif par les antibiotiques répartis sur les vingt-quatre heures, surveillance continue du malade par une infirmière à demeure, surveillance de couveuses pour prématurés...).

Ce personnel appartenant aux hôpitaux n'aura pas, en général, une longue distance à parcourir pour parvenir auprès des malades si les hôpitaux des petits centres eux mêmes possèdent de telles équipes. Mais à la période actuelle et pendant la période de transition, l'utilisation de cette organisation même à distance éloignée est concevable. C'est même dans ce cas qu'elle peut se rendre le plus utile en apportant la garantie de la perfection des soins à des

populations isolées et particulièrement défavorisées au point de vue sanitaire.

L'action de ces équipes sera toujours sollicitée par le médecin traitant du malade et ne devra jamais s'instaurer d'emblée ni se substituer à lui.

En terminant, signalons que cette organisation des soins à domicile exige un minimum de conditions matérielles à domicile. C'est ici la question si grave de l'*habitat* (surpeuplement des locaux, taudis, aération suffisante, isolement...) et celle des *moyens de subsistance* de la famille pendant la maladie du père ou de la mère. Tous ces problèmes se « tiennent » intimement et on ne peut réformer les uns sans réformer les autres.

Une telle organisation des soins à domicile réduirait dans une énorme proportion les cas d'hospitalisation et, par contre-coup, transformerait les prévisions d'ensemble sur le volume, le nombre, la répartition des hôpitaux et de leur personnel.

Avant d'aborder l'étude des réalisations, nous rappellerons brièvement les principes qui doivent présider à son élaboration : *respect de la dignité et de la liberté de la personne humaine, respect des liens affectifs et moraux de la famille, nécessité de faire bénéficier les malades de tous les bienfaits de la technique et d'un maximum de compétence.*

On peut se demander si ces principes interviennent dans le concret d'une façon assez nette pour diriger la réalisation. Ces principes, par exemple, interviennent-ils dans la construction elle-même? Le volume et la disposition des salles de malades doivent-ils s'appuyer sur ces principes? A première vue, cela paraît discutable. En réalité, c'est jusque dans l'extrême détail que nous trouvons leur influence. Par exemple, il n'est pas indifférent, pour le malade, que la salle contienne peu ou beaucoup de lits. La pudeur, la dignité du malade seront seulement respectées, les contacts humains seront plus faciles et les soins plus discrets dans une petite chambre de deux à trois lits que dans une salle de quarante. Pour le personnel, la disposition et l'agence-

ment faciliteront son travail en économisant sa fatigue si les salles sont disposées de part et d'autre de la tisanerie où arriveront les plats de la cuisine, les objets de pansement et la surveillance des malades sera facilitée par une disposition en étoile au centre de laquelle une seule personne pourra surveiller l'ensemble.

Dans une première partie, nous étudierons le *bâtiment* et *l'équipement technique* Nous verrons ensuite le *personnel*, son importance, sa répartition et son travail. *L'administration*, la *gestion* et le *financement* feront l'objet d'un paragraphe spécial et, pour terminer, nous verrons la *vie intellectuell, morale et spirituelle* de l'établissement.

L'hôpital, avons-nous dit, doit être situé le plus près possible de la famille, ou tout au moins dans un lieu facilement accessible à tous : malades et familles. Une étude démographique et économique montrera les « centres », les carrefours : lieu de foire et de marchés, nœuds ferroviaires d'accès facile...

Dans la ville choisie, l'hôpital sera placé de telle sorte que les relations avec les lieux d'accès, gares ou gares routières, voies de communications, soient faciles, tant pour ceux qui viennent à l'hôpital que pour les fournisseurs. Mais il faut donner un « poumon » à l'hôpital et un cadre, qui soient loin des bruits. Il sera entouré d'un parc qui permettra les promenades des convalescents.

Quel sera le **volume** de l'hôpital — ou de l'unité-bloc s'il s'agit d'un grand hôpital, style hôpital général ? L'hôpital, sauf exception, doit être un petit hôpital dont le volume est tel que cet organisme soit viable matériellement et moralement, en permettant une administration plus humaine, moins impersonnelle, plus proche du malade qu'elle doit satisfaire, moins tyrannique et « mieux adaptée ou adaptable » à chaque cas particulier. Il faut, d'autre part, que l'amortissement et les revenus la rendent rentable commercialement. Il semble que l'élément-type puisse être fixé à 70-80 lits, au maximum 100.

Le choix des matériaux et la technique de la construction doit tendre à l'insonorisation des chambres et à l'économie. Il serait en effet illogique de placer l'hôpital loin du bruit de la ville si les bruits intérieurs devaient empêcher le repos des malades. L'économie dans la construction sera réalisée par l'utilisation du béton armé.

La **disposition générale** de l'hôpital en ailes rayonnantes autour d'un pavillon central sera celle qui permettra une surveillance, une distribution des soins et des communications faciles, en évitant la fatigue du personnel. Cette vue d'ensemble est l'idéal. Deux ailes contiendront les salles d'hospitalisation, la partie centrale les services annexes : tisanerie, bureau, salle de pansements, ascenseurs et escaliers, les services techniques et les salles d'opérations. A la jonction des ailes d'hospitalisation, nous trouverons la table de la surveillante et d'une secrétaire-téléphoniste. A l'extrémité des ailes d'hospitalisation, une salle ou une rotonde en verrière servira de salle de lecture ou de repos pour les malades qui pourront se lever ou y faire rouler leur lit.

Enfin, tout élément d'hospitalisation doit prévoir des chambres d'isolement, autant que possible indépendantes et, le cas échéant, desservies par un personnel particulier. D'autre part, à côté des chambres dont il nous restera à déterminer le volume, mais qui comprendront plusieurs lits, il y aura lieu de prévoir des chambres individuelles pour les opérés récents. En effet, un opéré doit toujours être isolé au moins dans les premiers jours et quelquefois plus longtemps dans les cas graves.

Les chambres de malades doivent avoir une capacité maximum de 4 à 5 lits, c'est la solution la plus pratique pour les soins et la surveillance, mais la solution idéale pour le malade est la chambre de 2 ou 3 lits, sinon la chambre individuelle. Si elle nécessite un surcroît de personnel et de dépenses, elle seule permet le respect de la dignité du malade, de sa pudeur, comme son confort et son isolement si besoin est.

Sur l'équipement proprement dit des chambres, nous n'insisterons que sur les points suivants : lits roulants qui permettent le transport du malade sans inconvénient pour lui et sans fatigue pour le personnel, à la salle de pansements comme à la salle d'opération ; dans les chambres à plusieurs lits, nécessité pour isoler le malade d'un système de rideaux fixés à des tringles mobiles qui se rabattent sur le mur après usage. Au moment des soins particuliers, des examens par le médecin ou des pansements, ainsi que pour les visites, ces rideaux formeront autour du malade l'atmosphère de la chambre individuelle.

Les salles de bains et les W.C. doivent être en nombre suffisant, séparés des chambres et isolés pour éviter le bruit.

Les salles de repos, de jeux et de lecture doivent être accueillantes, surtout si les malades sont en chambre à plusieurs lits. Les malades qui peuvent se lever ou qui peuvent en bénéficier tout en restant allongés, s'y réuniront pour se délasser et se distraire, lire, jouer ou écouter la T.S.F. Cela permettra de respecter le repos des autres malades.

Les **tisaneries** ont une grosse importance dans le travail du personnel soignant. Elles devront être vastes, propres, aérées et d'un accès facile. Elles devront être munies de réchauds pour préparer les boissons chaudes, de glacières et surtout de vidoirs pour éliminer, sans les faire séjourner, les détritus de toute sorte.

Nous ne nous étendrons pas sur l'installation des **services techniques :** salles d'opérations et annexes, laboratoires et service de radiologie. Leur importance est cependant capitale : *la perfection de l'équipement technique est un devoir absolu pour un hôpital et sa raison d'être.* Signalons cependant qu'ils doivent être en nombre suffisant et que dans tout hôpital, il faut au moins deux salles d'opérations, sinon trois, qu'ils doivent être isolés des chambres tout en étant d'un accès et d'un entretien faciles. Comme les salles

de pansement, chaque salle d'opérations devra être munie de vidoirs qui permettront l'évacuation directe des objets souillés. Il y aurait intérêt à ce que les lavabos destinés au chirurgien et à ses aides soient placés dans la salle d'anesthésie. En effet, le malade, au moment de son anesthésie, sera heureux de « sentir » le chirurgien près de lui et le chirurgien pourra surveiller l'anesthésie de son malade.

Sur les **services généraux,** il y aurait beaucoup à dire. Sur bien des points, ce domaine est négligé dans beaucoup d'hôpitaux français.

Il faut *prévoir* une salle d'attente, et pas seulement un bout de couloir, plus ou moins agencé en salon, où tout le monde passe à tout instant. La salle d'attente doit avoir un aspect agréable, voire reposant pour ceux qui attendent ; placée loin des salles de pansement et d'opération, les bruits des chariots, du personnel et les gémissements des malades ne parviendront pas aux oreilles des familles aux aguets. Elle doit permettre aux parents de supporter, sans ennui, des instants qui paraissent d'autant plus longs qu'ils sont, souvent, chargés d'inquiétude (durée d'un premier examen, d'une opération...), par la lecture de journaux et de revues récents, intéressants et à leur portée intellectuelle.

Le **bureau des admissions** a une importance de premier plan. C'est là que doit se faire *l'accueil* des malades et non uniquement l'admission des entrées par numéro. Ce point de vue est trop négligé dans nos hôpitaux qui ne voient là que la nécessité d'un service administratif.

Le malade sera accueilli comme un homme, au plein sens du terme, et pas seulement enregistré comme un quelconque bénéficiaire de la Sécurité Sociale ou de l'A.M.G. ou comme une maladie, un foie ou un poumon, destiné à tel médecin de l'établissement. De là, il sera accompagné dans le service ou vers le médecin compétent en respectant, autant que possible, le libre choix du malade ou de son médecin traitant considéré comme son mandataire naturel : libre choix du service hospitalier, libre choix du médecin, du chirurgien ou du spécialiste. Le malade, isolé de son

milieu normal, en proie aux inquiétudes dont nous parlions plus haut, doit être *reçu* — nous insistons encore une fois — à l'hôpital, administrativement et médicalement d'une façon plus humaine et charitable, qui facilite ses démarches, diminue au maximum ses craintes et ses angoisses inhérentes à cette transplantation brusque dans un milieu nouveau. Il devrait donc exister, au Bureau des Entrées, des infirmières de garde pour prendre en charge l' « entrant », lui parler, le tranquilliser, l'accompagner jusqu'au service, le présenter au personnel et l'installer dans son nouveau domaine.

Nous insistons particulièrement sur la nécessité d'un bureau d'accueil pour chaque élément d'hospitalisation de 80 lits, si l'hôpital en comporte plusieurs. Humaniser l'hôpital, c'est d'abord humaniser la réception. L'accueil est la première charité à faire au malade qui se présente à l'hôpital.

Pour le **personnel supérieur,** il faut rechercher : la compétence, car l'hospitalisation est nécessitée par ce besoin à tous les échelons, la continuité des soins par des résidents et des services de garde, l'esprit d'équipe par de véritables réunions de tous ceux qui sont appelés à donner des soins au malade.

Pour les **auxiliaires médicaux** (infirmiers, infirmières et assistantes sociales), la compétence également doit être exigée et contrôlée (diplôme, ancienneté et expérience éprouvée). Nous y reviendrons plus loin.

La **répartition** du personnel variera suivant le travail : le jour, une infirmière ne peut s'occuper de plus de 6 malades dans un service divisé en chambres de 2 à 3 lits, ou de 10 malades séparés en 2 chambres de 5 lits. Ne pouvant être astreinte à plus de 45 heures de travail par semaine, chaque infirmière doit jouir d'un jour de repos complet durant ce laps de temps. Leur travail, réparti sur 5 jours et demi, laisse à chacune, à tour de rôle, quelques heures creuses dans la journée, notamment dans l'après-midi, entre 13 et 16 heures. Pendant ces heures creuses, une seule infirmière peut satisfaire les exigences d'une douzaine de

malades. En fait, au cours de la journée, les deux infirmières, faisant équipe, sont appelées à s'occuper et à connaître l'ensemble des douze malades qui, eux aussi, connaissent l'infirmière qui s'occupera d'eux pendant le repos de leur infirmière attitrée. Pendant le jour de repos hebdomadaire de chaque infirmière, l'infirmière restante de l'équipe sera aidée par une « infirmière roulante », maintiendra la continuité des soins et évitera les difficultés du passage des consignes entre des équipes différentes. Pour un hôpital ou un bloc-unité de 80 lits, il faudra donc 14 infirmières de jour avec 3 infirmières « roulantes », suppléantes pendant les périodes de repos des titulaires.

Les infirmières de nuit, dont le travail est plus pénible au point de vue physique et dont l'intérêt professionnel est souvent plus réduit, ne devront pas s'occuper de plus de 16 à 18 lits. Il faut alors quatre infirmières de nuit. L'idéal serait même cinq, pour leur permettre de prendre, chacune à tour de rôle, quelques heures de repos durant la nuit et de ne « faire » que cinq nuits par semaine. Nous attirons l'attention sur l'importance de ce service de nuit, qui est, trop souvent, confié, pour des raisons de difficultés de recrutement, à des infirmières médiocres. C'est un service qui, au contraire, demande un personnel particulièrement compétant et dévoué.

Ce petit essai d'organisation intérieur peut paraître comme un souci exagéré et même déplacé, du détail. Nous avons cependant tenu à l'exposer pour bien montrer que les principes d'humanité, dans le travail, s'appliqnent même dans ces moindres détails : répartition aussi équitable que possible des heures de travail et de repos. D'ailleurs, humainement parlant, ils représentent la meilleure garantie d'un rendement optimum.

Nous ne pensons pas, pour notre part, que le malade gagne à être soigné, au moins en partie, par le personnel subalterne aidant les infirmières. Ce personnel n'a ni les compétences, ni la formation nécessaires pour un tel travail. C'est pourquoi nous laissons aux infirmières seules, le soin des malades.

A la tête des infirmières, les « **cheftaines** » auront un rôle de premier plan. Servant d'intermédiaires entre les médecins et les infirmières qui sont sous leurs ordres, elles assureront par ailleurs la surveillance « technique » générale, la coordination et la discipline des services. Leur rôle moral est irremplaçable.

En « chirurgie », l'infirmière cheftaine aura des contacts avec la famille des opérés et fera la liaison avec le chirurgien. En l'absence du chirurgien, elle devra pouvoir prendre les dispositions nécessaires dans les cas d'urgence. Sous ses ordres, deux ou trois infirmières, par équipe de deux et par roulement, s'occuperont de la salle d'opération et de ses annexes.

Dans chaque bloc de « médecine », l'infirmière, cheftaine donnera, en cas d'urgence, les conseils pour les grands malades (méningites, diabète...) et prendra quelques dispositions en attendant le médecin.

C'est pourquoi il faut que ces infirmières cheftaines aient une compétence éprouvée par une longue pratique hospitalière, une conscience professionnelle et une moralité hors de pair. Astreintes à un travail très dur et ayant, durant eur service, une très lourde responsabilité, elles doivent être en nombre suffisant pour pouvoir être relayées. Elles assument la continuité des soins aux malades, par la surveillance des infirmières et ont, auprès des malades, un rôle moral : mise en confiance, réconfort, consolation et même aide spirituelle, plus facilement réalisable parce qu'elles sont plus proches du malade et plus intimement mêlées à sa vie que le médecin.

Aussi entrevoyons-nous l'importance capitale de la **formation des infirmières** et du **statut** qui doit sauvegarder leur dignité morale autant que leur situation matérielle. Formation technique et formation morale qui leur donnent le sens de leurs responsabilités auprès des malades, de l'importance du travail bien fait (aseptie, techniques de la stérilisation...) et surtout de la pratique de la charité sous toutes ses formes. *Le statut des infirmières est une question*

grave, non encore résolue entièrement, qui conditionne le recrutement et la qualité : « Si l'on veut de bonnes infirmières, qu'elles soient respectées du public et des... médecins, qu'on leur offre une carrière qu'elles soient heureuses et fières d'embrasser. Sur ce point, il y a une véritable rééducation à faire, dans le public et dans le corps médical. Dans le cadre du recrutement et avec l'appui des organisations corporatives de médecins et d'infirmières, il faut prévoir une véritable campagne par la presse, l'affiche, les livres et le cinéma pour informer et « vulgariser » son rôle primordial et noble entre tous. Il faut qu'elles soient protégées et payées. Ceci est évidemment le domaine du syndicat et des associations corporatives. Mais ces organismes devraient être puissamment soutenus par les médecins et le corps général de la Santé... alors que l'opinion générale médicale s'en désintéresse complètement et n'a fait preuve jusqu'à ce jour que d'indifférence, quand ce n'est pas de condescendance légèrement méprisante. Si vraiment l'on veut des infirmières, il faut les protéger, prévoir la maladie, le chômage, la vieillesse, les accidents. Il faut aussi et surtout les payer suffisamment. La raison principale de la difficulté est là, à côté des facteurs moraux et des difficultés manifestes d'une vocation qui suppose beaucoup de renoncements et de sacrifices (1). »

A côté du personnel soignant, doit exister un personnel qui apporte son concours au bien-être des malades et à l'humanisation de l'hôpital.

Les **secrétaires-téléphonistes** sont pratiquement inconnues en France. Leur rôle est pourtant très important. Elles seraient chargées des relations avec l'*extérieur* : renseignements aux malades et aux visiteurs, de la correspondance avec les médecins traitants, de la confection et du classement des dossiers, du téléphone, ce qui serait une des formes de la charité, mais aussi, à l'*intérieur* de l'hôpital, assureraient la rapidité dans l'exécution des ordres, la

(1) Docteur Robert Traissac.

rédaction des pièces et ordonnances, sous la dictée du médecin, au lit même du malade.

Les **employées subalternes,** les filles de salle, qui contribuent au confort des malades, ne s'occuperont que du nettoyage de l'établissement et des chambres.

Un **économe** supervisera la cuisine et transmettra les indications des médecins et des infirmières-cheftaines pour les régimes. Deux ou trois cuisinières, aidées d'une bonne à tout faire, seront suffisantes pour préparer les repas pour tout l'établissement, ainsi que ceux du personnel et des accompagnants. A ce sujet, il serait intéressant et utile de créer, auprès des établissements de soins, des « hôtelleries » où les membres de la famille d'un malade pourraient prendre leurs repas et, si besoin était, pension complète pendant la durée de leur séjour. L'achat et la répartition des aliments ne posent pas de problèmes spéciaux. La préparation devra tenir compte des indications données pour le *régime* de certains malades et de la nécessité qu'il y a quelquefois à peser les rations données à ces malades. A l'hôpital, souvent, et quelquefois en clinique même, *cette question des régimes est négligée et mal surveillée.* Une chambre frigorifique permettra la conservation parfaite des aliments et la fabrication de la glace indispensable aux besoins. La cuisine sera située en sous-sol, isolée pour éviter les odeurs, et dotée de monte-plats qui permettront la distribution rapide des repas dans les chambres de malades. L'utilisation de monte-plats semble, à l'expérience, préférable à celle de chariots, même chauffants. Les repas doivent parvenir aux malades, chauds et appétissants.

Direction et services administratifs. — Ce personnel doit surtout acquérir une mentalité particulière : faire preuve à tout moment de compréhension devant des situations souvent difficiles, de patience et d'imagination pour trouver les solutions administratives les plus simples et les moins onéreuses pour le malade, de douceur et de bonté dans tous les cas. « On ne conduit pas un hôpital comme un

hôtel ou une affaire commerciale ». La direction effective ne peut matériellement pas être assurée par un médecin de l'hôpital. Elle le sera par un directeur et le plus souvent, surtout en clinique, par une directrice, de préférence une infirmière possédant une longue pratique hospitalière et qui aura été longtemps infirmière-cheftaine. Ce besoin s'est tellement fait sentir que, depuis 1951, a été créée à Paris une « Ecole des Cadres » destinée à donner à de telles infirmières la formation administrative nécessaire.

Sur la question du *personnel au travail*, nous nous limiterons à quelques points particuliers :

— Nécessité d'avoir *sous la main*, de nuit comme de jour, *tout* ce qui est nécessaire aux soins des malades (pharmacie, laboratoire, radiologie...) ;

— Nécessité d'un travail d'équipe et de réunions fréquentes, de colloques entre le personnel d'un service, médecins et infirmières, comme entre les divers services, pour discuter les travaux, les prévisions, les améliorations à rechercher, les incidents de la marche général de l'hôpital...;

— Organisation plus « moderne » des consultations, en groupant les médecins spécialistes, les locaux, la technique et le personnel, pour éviter au malade le défilé successif dans les diverses spécialités éloignées les unes des autres et gagner ainsi un temps appréciable ;

— Organiser de même des convocations, prévoir des rendez-vous pour des malades sortis de l'hôpital ou présentant un intérêt scientifique, qu'il y a intérêt à surveiller ou à suivre, en respectant toujours la liberté et la dignité de ces malades ;

— Contacts entre les médecins et le personnel infirmier. C'est un point sur lequel il convient d'insister, l'ignorance et l'indifférence quasi-générale des médecins, sur la personnalité même de leurs employés. N'en connaissant que leur nom et souvent que leur prénom, les médecins ignorent tout de leur vie, de leurs difficultés, de leur famille, de leurs angoisses et de leurs aspirations. La plus élémentaire charité demande pourtant, en toute discrétion, qu'ils s'intéressent

à la vie de ceux qui travaillent avec eux, pour eux et pour leurs malades. Ainsi la mentalité du personnel se trouvera transformée et son comportement, son travail, son caractère, l'atmosphère d'un service sera du même coup modifiée pour le plus grand bien de tous.

L'**administration,** un point crucial. Elle ne peut être et ne doit être assurée que par ou sous la direction des médecins. Qui, en effet, est plus qualifié que le médecin pour réunir l'équipement le plus parfait possible et le personnel, techniquement et moralement, aussi près que possible de la perfection? Qui, mieux que lui, sera à même d'organiser les services, assurer leur fonctionnement, découvrir les imperfections et apporter les améliorations nécessaires, puisque c'est lui qui les utilise? Qui, mieux que lui, sera en mesure de défendre les intérêts du malade? « On voit donc, dit M. le Professeur RIVIERE (1), la place prééminente que doit logiquement occuper, dans un hôpital, le Corps médical. Il est au moins paradoxal..., de constater la tendance qui s'affirme de plus en plus parmi les dirigeants de la Sécurité Sociale. Ceux-ci considèrent les médecins comme un simple rouage, au même titre que les autres rouages de l'organisation hospitalière. On sait avec quel soin les projets de la F.N.O.S.S. écartent le médecin praticien des commissions administratives. On ne peut que regretter cette tendance qui diminue son rôle et son autorité, car le médecin est mieux placé que quiconque pour humaniser la médecine hospitalière. Lui objecterait-on, par hasard, une inaptitude particulière à gérer ou à diriger un hôpital? Les hôpitaux militaires, les asiles d'aliénés, quelques centres anticancéreux, de grandes maternités sont dirigés par des médecins. Ils s'y sont montrés parfaitement à la hauteur de leur tâche. Qui pourrait s'en étonner? A la limite, on peut dire sans paradoxe, qu'il n'y a que deux facteurs indispensables dans un hôpital : le malade et le médecin. »

(1) « Humanisation de la Médecine ». Cours à la XXXVIII[e] Semaine Sociale de France, Montpellier, 1951, in *Santé et Société* (Editions de la *Chronique Sociale*, p. 374).

Le **financement** de la construction et de l'outillage matériel et technique d'abord, le financement de l'hôpital « en marche » ensuite, doit faire appel aux initiatives privées, aux collectivités locales, professionnelles, confessionnelles ou régionales. Dans la mesure où celles-ci n'ont pas suffit ou n'ont pas pu suffire, l'Etat qui a, en dernier ressort, la charge de la santé de tous, doit pouvoir aider ce financement et permettre ainsi l'équilibre du budget. S'il doit veiller à la bonne utilisation et la bonne gestion de ces fonds, il ne doit en aucun cas limiter leur emploi à certaines catégories sociales ni enlever au corps médical, qui doit en rester l'arbitre et le maître absolu, le soin de la gestion. C'est toute une réforme de conception qui est à faire, et comme nous le disions plus haut, un hôpital ne doit pas se gérer comme un hôtel ni comme une entreprise commerciale. L'hôpital doit être 1° un établissement, public ou privé, ayant en vue uniquement le plus grand bien des malades et 2° un instrument de travail pour le Corps médical, sans vouloir faire de lui, essentiellement, un organisme de rapport, comme cela existe quelquefois, surtout pour les cliniques privées.

Un dernier point reste à débattre : c'est **l'organisation de la vie spirituelle, morale et intellectuelle de l'hôpital.** En entrant à l'hôpital, le malade n'y apporte pas que son corps souffrant. « Son âme souvent est aussi malade, aussi douloureuse que son corps et demande, comme lui, des soins. » Si un petit hôpital peut, dans certains cas, faire appel à un aumônier venu de l'extérieur (1), un hôpital important exige sa présence constante. Tout doit être prévu pour faciliter l'accès de l'aumônier auprès du malade et la chambre particulière est, à ce point de vue, la solution idéale. « Elle supprime le respect humain, favorise les confidences, permet la confession, la communion et l'administration des derniers sacrements en présence de la famille. »

---

(1) Dans notre exposé, nous pensons à l'aumônier catholique, mais, bien entendu, le principe reste le même pour toutes les religions.

A un degré moindre, les lits roulants ou les rideaux autour du lit permettent un isolement relatif. Dans ce cas-là, du reste, il faut essayer de déplacer un malade d'une chambre à plusieurs lits, pour le mettre dans une chambre individuelle.

Il va de soi que l'hôpital doit posséder une chapelle où les malades qui peuvent se lever et qui le désirent pourront se rendre. Les offices seront célébrés à l'heure la plus commode pour les malades, mais aussi pour les nécessités de l'hôpital.

Pour faciliter les contacts avec l'aumônier, le malade pourrait, sur la fiche d'admission à l'hôpital, en mentionner le désir ou tout au moins indiquer sa religion. Le malade doit garder, en toute circonstance, la liberté de sa vie spirituelle.

Il serait souhaitable, enfin, que les services possèdent une **bibliothèque** digne de ce nom, dans laquelle la direction, aidée des aumôniers, ferait placer les ouvrages qui apporteraient un délassement sain, sans être ennuyeux, à ceux qu'une longue immobilité ou que la maladie a confiné au lit. Des journeaux, des revues récentes, apporteront aux malades le reflet de la vie extérieure qui continue sans eux mais dont ils veulent être tenus au courant.

Dans l'organisation générale des bâtiments, nous avons parlé des « salles de lecture et de jeu » en rontonde, situées à l'extrémité des ailes d'hospitalisation. Les malades trouveront là des tables avec des jeux variés, la T.S.F., qui permettra à ceux qui peuvent se lever de trouver un certain délassement et un contact plus étroit avec le monde extérieur. Ceci aura le double avantage de distraire les malades qui peuvent se lever et, d'autre part, éviter qu'ils ne fatiguent, dans les salles, les malades plus gravement atteints et obligés de garder le lit.

A la sortie de l'hôpital, le **Service Social** facilitera au malade les démarches pour que celui-ci retrouve dans la société la place qu'il occupait antérieurement ou une place nouvelle, plus adaptée à des capacités physiques peut-être

réduites. Il permettra le placement dans une œuvre de réadaptation ou encore surveillera, en accord avec le médecin traitant, les traitements qui seront à suivre ou les précautions à prendre. Grâce au Service Social qui gardera le contact avec le malade, ce dernier pourra être rappelé pour faire l'objet d'une consultation ou d'un examen ultérieur.

Nous terminerons ainsi la revue générale de l'organisation d'un hôpital idéal. Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé le sujet, ni même d'avoir envisagé toutes les données du problème. Ce programme n'est qu'un essai où nous avons tenté de démontrer ce que nous disions au début : les principes doivent avoir leur application jusque dans les plus infimes détails de l'organisation de l'hôpital ; la dignité de la personne humaine, la charité, par exemple, trouvent aussi bien leur application dans la construction et la disposition des locaux que dans le soin des malades et la perfection de la technique qui exige des dispositions particulières dans le financement, la formation du personnel, ses conditions de travail, que dans la réception du malade et dans l'humanité de l'accueil au Bureau des Entrées.

*
* *

ADDITIF

Au moment de terminer notre thèse, nous avons connaissance d'un excellent rapport, présenté le 19 octobre 1952 à Paris, à l'Assemblée générale de la Société Médicale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien (médecins catholiques français), par le Docteur GUERIN, de Vouziers (Ardennes) (1). Ce rapport : « **La médecine de la personne** », aborde, en particulier, la question de l'hospitalisation et représente, pour notre travail, à la fois la meilleure synthèse et la meilleure conclusion que nous puissions trouver :

(1) Nous remercions vivement le Docteur GUÉRIN de nous avoir autorisé à reproduire son travail, qui sera publié ultérieurement, *in extenso*, dans le *Bulletin* de la Société.

« Le rôle de l'hôpital s'est, en effet, considérablement étendu ; il est devenu un organisme indispensable dans l'équipement sanitaire du pays du fait de l'évolution économique et sociale et de l'emploi de techniques médicales de plus en plus coûteuses. Même en supposant que le rôle, quelque peu envahissant, des hôpitaux subisse une limitation dans l'avenir, il restera toujours à adapter la fonction technique d'un service hospitalier aux légitimes exigences des personnes qui y sont admises.

» Ce problème est certainement soluble, mais à certaines conditions.

» La première, et c'est peut-être là le point essentiel, est que le problème soit posé avec force, courage et dans toute son ampleur. Je m'explique : combien, en effet, de médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, d'administrateurs, de responsables de la Santé publique, à quelque titre que ce soit, se sont vraiment posés la question, y ont réfléchi et ont cherché à la résoudre? C'est précisément à nous, médecins catholiques, de soulever un tel problème, non seulement devant les divers rouages hospitaliers ou médico-sociaux, mais aussi devant l'opinion.

» A cette première condition qui suppose une véritable campagne qui s'adresse aux milieux médicaux mais aussi à un large public, s'ajoute une deuxième dont le Professeur RIVIERE avait déjà pressenti toute l'importance et qui me semble indispensable : c'est une modification de la structure de l'organisation intérieure de l'hôpital.

» Actuellement, la direction administrative, les médecins, le personnel, accomplissent leurs tâches, chacun en ce qui le concerne, beaucoup trop indépendamment les uns des autres. Le fonctionnement de l'hôpital manque d'unité. Il n'existe pas réellement une équipe attelée à une tâche commune. Le rôle dévolu aux commissions administratives où siège un représentant des médecins (1) ne réalise aucunement cette unité nécessaire. Le pouvoir de ces commissions est d'ailleurs étroitement limité et leurs décisions,

(1) Nous insistons sur le fait que ce n'est pas forcément, ni même en général, un médecin des hôpitaux.

même les plus minimes, sont soumises à l'approbation de l'administration centrale.

» Le rôle du médecin chef de service se limite à celui d'un technicien, de rang élevé certes, mais sans l'autorité d'un chef sur tous les besoins matériels, techniques et moraux de son service. Les possibilités du médecin dans un hôpital se trouvent ainsi beaucoup réduites sur le plan social et moral.

» Une véritable médecine de la personne exigerait que le médecin chef de service préside effectivement une équipe hospitalière qui comprendrait : administrateur, chef du personnel infirmier, assistante sociale spécialisée et ses collaborateurs médicaux ; équipe homogène, tout entière au service du malade en tant que personne, connaissant ses besoins particuliers, ses besoins sociaux et médicaux dans la mesure où leur connaissance permet une meilleure adaptation des soins et de la thérapeutique.

» Ceci implique une refonte importante des textes administratifs et des réformes de structure hardies. Celles-ci devraient permettre une liberté et une autonomie de fonctionnement donnant à chacun, dans des limites nettement définies, le goût des responsabilités. Elles entraîneraient une décentralisation intelligente et souple qui donnerait à l'hôpital un caractère plus humain, plus adapté au service de la personne ; tant il est vrai que la médecine de la personne nous oblige à une compréhension plus exacte de la réalité de l'homme et, par voie de conséquence, devient source de progrès scientifique alors que, il importe de le remarquer ici et de le bien voir, le système hospitalier actuel est, par certains côtés, trop souvent facteur de régression. Il apparaît, en effet, de plus en plus, que voir uniquement dans l'homme malade les altérations de sa vie physiologique et négliger, par principe, tous les autres éléments de sa vie personnelle, sous prétexte que ceux-ci demeurent hors des préoccupations du médecin d'hôpital, c'est refuser cette soumission totale aux faits qui est marque de toute discipline scientifique.

» Non seulement la vie affective de tout homme, mais aussi sa vie sociale et la vie de sa pensée, s'intrique dans sa vie

physiologique. Il est, par exemple, impossible actuellement de nier les facteurs psychiques et leur importance dans la régulation des sécrétions hormonales et même dans de nombreux processus biochimiques. Plus nos études dans ce domaine, dont l'exploration scientifique ne fait que commencer, iront en s'élargissant, plus nous comprendrons l'importance de la notion de personne que la philosophie chrétienne, pour des motifs tout différents, avait dégagé voici des siècles.

» J'irai plus loin en disant que l'attitude du médecin catholique, faisant de ses connaissances scientifiques et de ses connaissances religieuses deux mondes totalement indépendants l'un de l'autre, ne se justifie pas et se justifiera de moins en moins. Dans l'effort vers la connaissance, qui est une des plus hautes activités de l'homme, celui-ci est en droit de faire appel à toutes les disciplines du savoir et de n'en rejeter aucune, mais, au contraire, éclairer l'une par l'autre.

» Sans insister davantage, il me semble que les mesures à prendre pour que la médecine hospitalière s'adresse réellement à la personne, se trouvent singulièrement facilitées lorsqu'on les envisage dans ces perspectives. Ces mesures sont évidemment variables pour chaque hôpital. Il est des adaptations que seuls les intéressés peuvent étudier dans toutes leurs contingences. Qu'il s'agisse d'aménagements locaux en vue d'obtenir des salles plus petites, voire à un seul lit, ce qui paraît désirable ; qu'il s'agisse de discipline intérieure, des heures de visite, de la formation sociale du personnel qu'on oublie trop souvent ; qu'il s'agisse d'instaurer des colloques réguliers entre les membres de l'équipe hospitalière, tout peut devenir facile si tous ont la volonté d'aboutir et si des règlements désuets ne font plus obstacle.

» Je ne veux pas quitter ce chapitre sans vous signaler encore ce qu'on a appelé d'un terme curieux : « l'hospitalisation à domicile ». C'est un aspect tout nouveau qui doit retenir notre attention ; il pose toute une technique et soulève des problèmes intéressants, relatifs à la médecine

de la personne, en particulier celui d'une liaison effective entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

» De même, la question des hôpitaux et des cliniques privées mériterait d'être envisagée sous l'angle de la médecine de la personne ; sur cette question, une étude comparée des résultats obtenus dans les divers pays serait lourde d'enseignement, même si une étude critique devait s'ensuivre. »

CONCLUSIONS

L'étude critique de l'hospitalisation moderne se justifie par l'importance qu'a pris le problème de la santé et de ses exigences, tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral, social et même spirituel.

1° L'**hitorique** a permis de mettre en évidence les faits principaux suivants, qui prennent toute leur valeur du fait de leur permanence à travers les âges :

a) Tendance réflexe du milieu social à *isoler* les malades pour les traiter ;

b) Apparition des premiers centres de soins autour des centres *religieux* ;

c) *L'enseignement* de la médecine s'est naturellement imposé au contact des premiers centres de soins ;

d) Transformation radicale de l'esprit médical à l'arrivée du Christianisme : renversement des valeurs et prise de conscience de l'éminente dignité de la personne humaine ; respect du malade ;

e) Apparition, dès la Renaissance, de la suppléance de l'Etat devant la carence des groupes naturels ou religieux ;

f) Affirmation, dès saint Vincent de Paul :

— de la prééminence du milieu familial où il faut s'efforcer de laisser le malade (création des soins à domicile par les Dames de Charité) ;

— du caractère palliatif et exceptionnel de l'hospitalisation.

Les temps modernes sont caractérisés par les exigences de la technique et l'apparition de la notion du droit aux soins. Les notions d'assurance et de sécurité se substituent à celles de charité et d'assistance.

2° L'**étude des principes** qui doivent régir l'hospitalisation sont les suivants :

a) La vie est sacrée, mais la santé, bien précieux, n'est pas le bien suprême. Valeur morale de la souffrance ;

b) Dignité de la personne humaine dont une des expressions principales est la liberté ;

c) Respect des liens naturels et affectifs de la famille ;

d) Prééminence de la famille et des groupes naturels sur l'Etat en matière de santé et de soins ;

e) L'homme, quel que soit son niveau social, a droit à la meilleure qualité possible de soins. La collectivité a le devoir de les organiser et d'en permettre l'accès au plus grand nombre ;

f) Devoir pour l'Etat de former les médecins et de permettre la recherche scientifique.

3° L'étude de l'**hospitalisation actuelle** a mis en évidence :

a) Le caractère inhumain et impersonnel des hôpitaux modernes ;

b) L'insuffisance technique de beaucoup d'hôpitaux alors que l'argument technique est une des indications principales de l'hospitalisation ;

c) Les déficiences et les imperfections graves dans la gestion de ces hôpitaux ;

d) Les conséquences désastreuses de l'hospitalisation moderne sur la psychologie du malade et sur le milieu familial.

Ces notions confirment le caractère exceptionnel de l'hospitalisation et en précisent les indications (hospitalisation indispensable, souhaitable et à rejeter).

4° Le problème de la réalisation d'une **hospitalisation idéale** pose d'abord celui de l'organisation des *soins à domicile.*

Les principes qui ont guidé notre projet de réforme hospitalière ont présidé :

— non seulement aux conceptions d'ensemble (décentralisation, volume, choix des matériaux, disposition générale des bâtiments),

— mais encore aux réalisations des détails (organisation intérieure des locaux, services techniques, annexes et généraux, personnel, administration, financement, vie intellectuelle, morale et spirituelle de l'hôpital).

L'accomplissement d'un pareil programme se heurte manifestement à de multiples difficultés, tant d'ordre matériel que psychologique et moral. Il nous a paru, cependant, très important à étudier, même théoriquement, ne serait-ce que pour attirer l'attention de nos « responsables », les faire réfléchir, et préparer le travail de demain. D'autre part, cette étude très modeste, très schématique et très courte, voudrait surtout mettre en évidence ou faire simplement sentir que *la chose est possible.* Il suffirait de le prévoir, de le vouloir et d'en rechercher les moyens, dans le cadre d'une réorganisation des hôpitaux français dont nous savons, par ailleurs, qu'elle est à l'étude dans les milieux compétents de nos administrations et de nos ministères. Si nous sommes parvenus à leur apporter quelques lumières, notre travail n'aura pas été inutile.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur : R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
M. RIVIÈRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 22 Octobre 1952.

Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

AGIER (Emile). — *La désintégration familiale chez les ouvriers* (Neufchâtel, 1950).

AIDES FAMILIALES, in *Techniques Hospitalières, Sanitaires et Sociales*, n° 17, février 1947 (6, square Desaix, Paris).

ALBERT (Maurice). — *Les Grecs à Rome. Les médecins grecs à Rome* (Hachette, 1894).

ARRII-BLACHETTE (Jean). — *L'Homme devant la Science* (Plon, Paris, 1939).

BACHÈRE. — « La voix de l'hospitalisé ». Rapport à la Commission : « le malade », au Congrès international des Techniciens de la Santé en juin 1950, *in T.H.S.S.*, n° 64, janvier 1951.

BACKER EDDY (Mary). — *Science et santé avec la clef des Ecritures.*

Baisse du pourcentage des lits occupés à l'hôpital, in *T.H.S.S.*, n° 22, juillet 1947.

BAROT (L.-J.). — *Aperçu historique de quelques époques médicales* (thèse de Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1897).

BARTHE (D[r] René). — *Les valeurs de la vie* (Bloud et Gay, 1945).

BECAVIN (Georges). — *L'Ecole de Salerne et les médecins salertiniens* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1888).

BERTHET (D[r] E.). — « Exigences du malade », in *T.H.S.S.*, n° 29, février 1948.

BILLAUDET. — *Encombrement dans les hôpitaux de Paris* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1908).

BIOT (Dr René). — *Le corps et l'âme* (Collection « Présences » ; Plon, Paris, 1938).

— *Santé humaine* (Collection « Présences » ; Plon, Paris, 1951).

— *Pour une médecine du corps et de l'esprit.*

— *Offensives biologiques contre la personne* (Spès, 1950).

— « L'évolution des mœurs médicales au regard de la morale chrétienne traditionnelle », in *Vie Intellectuelle*, novembre-décembre 1936.

BLACK. — *Esquisse d'une histoire de la médecine et de la chirurgie* (traduit de l'anglais, 1898).

BON (Dr Henri). — *Précis de médecine catholique.*

BOUCHUT. — *Histoire de la Médecine et des doctrines médicales* (1873).

BOUILLAUD. — *Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale.*

BOURDEAU (Y.). — « Orientation des réformes en matière hospitalière » (*T.H.S.S.*, nº 22, juillet 1947).

BOSSUET (J.-B.). — « Sur l'éminente dignité des pauvres dans l'Eglise » (*Œuvres oratoires*, t. III).

BRIAU (René). — *Du service de santé chez les Romains* (Masson, 1866).

Bulletins de la Société Médicale de Saint-Luc, Saint Côme et Saint Damien (21, rue d'Assas, Paris - 6e).

Bulletin de l'Assistance Publique. — Numéros de février-mars-avril 1951 : « Politique actuelle de travaux de l'A.P. à Paris ».

Bulletin officiel de la Confédération « le Médecin de France (nº de décembre 1938).

BRIDGMANN (Dr). — « Présent et avenir de la médecine rurale ». - Journées d'Etudes Nationales. Centre National de coordination des activités familiales (février 1945).

— « Prix de construction des hôpitaux » (*T.H.S.S.*, nº 70 de juillet 1951, p. 13 à 19. — Analysé dans *Semaine Médicale*, nº 4 du 30 janvier 1952, p. 39).

— « Perspective sur l'organisation hospitalière (*T.H.S.S.*, nos 23-24 et nos 57 et 58).

— (en collaboration avec MAUMY). — « Données statistiques concernant l'équipement hospitalier français » (*T.H.S.S.*, nº 30, mars 1948).

CABANES. — *Chirurgiens et blessés à travers l'Histoire* (Albin Michel).

CARREL (Alexis). — *L'Homme, cet inconnu* (Plon, Paris, 1935).

Cahiers Laennec (12, rue d'Assas, Paris - 6e).

CASSAN. — « Tendances modernes de l'architecture hospitalière » (*T.H.S.S.*, nº 21, juin 1947).

CATTAN. — « Les problèmes d'organisation hospitalière et d'équipement médico-sanitaires » (*Le Médecin Français*, nºî 7-8, p. 140-141).

CASTIGLIONI (A.). — *Histoire de la Médecine* (traduit en français par BERTRAND. - Payot, éditeur, Paris, 1931).

CHERKASKI (Dr M.). — « Soins à domicile dans un hôpital américain », in *Problemi del Servizio sociale* (revue italienne), nº 2 de 1949 ; et in *Semaine Médicale des Hôpitaux*, 22 mars 1952, p. 124.

Chronique Sociale de France. — « Biologie et morale (nº de janvier-février 1949). - « La maladie et ses conséquences sociales ».

Concours Médical (37, rue de Bellefond, Paris - 9e).

Congrès de l'Association de Médecine rurale.

Congrès international des techniciens de la santé, in *Semaine Médicale*, nº 32 du 2 juillet 1951.

Connaître : revue d'humanisme médical, publié par le *Concours Médical* (37, rue de Bellefond, Paris - 9e).

COLOMBO (Luigi). — « Aspect de l'organisation hospitalière en France », in *Ospedale* (revue italienne), juillet 1951, p. 263 à 285.

COLLIN (Rémy). — « Chroniques », in *Presse Médicale*, nº 60 du 27 septembre 1952.

— *Message social du savant* (Albin Michel, Paris, 1941).

Commission hospitalière du Comité international catholique des infirmières et des assistantes médico-sociale. — IVe Congrès, Rome, 5 au 9 septembre 1950.

Cours des Comptes. — Rapport au Président de la République sur la Sécurité Sociale (*J.O.* du 18 mars 1952. Annexe administrative).

Convergences (coll.). — Editions Spès, Paris.

CUÉNOT (L.). — *Invention et finalité en biologie* (Flammarion, Paris, 1941).

DANIEL ROPS. — *La misère et nous* (Paris, 1948).

DAREMBERG (Ch.). — *Histoire de la Médecine* (Cours au Collège de France).

DAMADE (Pr René). — « Le finalisme », in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 janvier 1942.

DEGUIRAL (Dr R.). — « Ancienneté des techniques hospitalières » (*T.H.S.S.*, nº 12, septembre 1946).

— *Notions sur les causes de grandeur et de déclin des techniques hospitalières.*

DELAUNE (M.-J.-H.). — *Aperçu historique sur la médecine et la religion* (thèse doctorat en médecine, Bordeaux, 1898).

DENOIX et ESTÈVE. — « Faut-il reviser complètement notre conception de l'hôpital », in *Semaine Médicale des Hôpitaux*, nº 30 du 26 juin 1951 et nº 5 du 6 février 1952.

DESFOSSES (P.). — « Le Dieu des Sciences », in *Presse Médicale*, 27 novembre 1944.

DELORE (Dr P.). — *Notre frère Corps.*

— *La santé de l'homme.*

— « Biologie de santé et vie spirituelle » (*Chronique Sociale de France*).

— *Tendances de la médecine contemporaine* (Masson, 1936).

— *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade* (Masson, 1944).

— « Le sens de l'humain et la liberté dans la médecine française », in revue *Connaître*, nº 4 de juillet 1946.

— « Des relations entre malades et médecins » (*Gazette Médicale de France* du 1er octobre 1951 au 2 mars 1952).

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne.

DIGNAT (P.). — *Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges* (Laurens, édit., Paris, 1888).

DUBREUILH (C.). — *Histoire de l'Assistance publique. Recherche historique sur les établissements et régimes hospitaliers à Bordeaux depuis les temps les plus reculés.*

DUHAMEL (Georges). — « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine » (*Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1934).

— *Paroles de médecin* (Editions du Rocher, Monaco).

— « Sur la formation médicale », in *Formes et Couleurs*, 1943, n° 3 (Maison du Livre français, 18, rue de la Quarantaine, Lyon).

DUMESNIL (René). — *Histoire illustrée de la médecine* (Plon, 1935).

DUPÉRIÉ, DUFOUR, MONMAYOU et MOULIES. — *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* (19 novembre 1948).

DURODIÉ. — *Médecins et hôpitaux du vieux Bordeaux* (Imprimerie Moderne Destout, 1924).

ESTÈVE (J.). — « Médecine temps plein », in *Bulletin d'Information de l'A.P.*, n° 6 de 1951 et in *Semaine Médicale des Hôpitaux*, n° 24 du 2 juin 1951.

Estuaires. — Cahiers mensuels de Médecine catholique. Collection 1951 et 1952 : « A la recherche d'une médecine catholique ».

Face au progrès technique. — IVe Congrès du C.I.C.I.A.M.S., Rome, 1950, in *Pages de Vie* (janvier-février 1951).

FALIN (J.-I.-J.). — *Contribution à l'étude de l'exercice de la médecine et de la pharmacie à Rome* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1909).

FOUCHÉ (Suzanne). — « Ce que le malade attend du médecin », in *Gazette Médicale de France*, octobre 1951.

FRIEDEL (Jean). — *Biologie et foi chrétienne* (Edit. « Je Sers », 107, boulevard Raspail, Paris - 6e, 1942).

GAUTHIER (A.). — *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples chez les peuples de l'Antiquité* (Baillère, édit., Paris, 1844).

GEORGELIN (Robert). — *Essai sur la psychologie du médecin* (thèse Doctorat en Médecine, Montpellier, 1942).

GERARDO (baron de). — *De la bienfaisance publique* (Paris, 1838).

GOULÈNE (Dr). — « Les médecins et l'organisation sociale de la médecine », in *T.H.S.S.*, n° 21, juillet 1947.

GUARDIA (J.-M.). — *Histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais* (Doin, Paris, 1884).

GUÉRIN (Dr Paul). — *L'Etat contre le médecin. Vers une renaissance coopérative* (Maloine, Paris, 1929).

GUÉRIN (Dr), de Vouziers (Ardennes). — « La médecine de la personne ». Rapport du 19 octobre 1952 à l'Assemblée générale de la Société médicale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien. — A paraître dans le *Bulletin* de cette Société.

GRASSET (Dr). — *Idées médicales* (Plon, Paris).

— *Les humanités et les médecins* (Arthème Fayard).

— *Les limites de la biologie.*

HAMILTON (Miss). — *Considérations sur les infirmières des hôpitaux* (thèse Doctorat en Médecine, Montpellier, 1922).

L'Hôpital Moderne. — Collection « La Santé de l'Homme » dirigée par le Pr DELORE, à Lyon. N° 31, juin 1948.

HARIZ (J.). — *La part de la médecine arabe dans l'évolution de la médecine française* (thèse Doctorat de Médecine, Paris, 1922).

Hospitalisation à domicile. — Congrès de la Fédération internationale des Hôpitaux (Bruxelles, 1931).

Informations Sociales. — « Le Service social à l'hôpital » (mars 1951). « Famille et sécurité » (15 août 1951) et in *Semaine Médicale des Hôpitaux*, n° 16 du 6 mai 1952.

JAYLE (Dr G.-E.). — « De la réorganisation des grands centres hospitaliers (*T.H.S.S.*, n° 68, mai 1951).

Journées sociale 1951. — « L'hôpital à l'échelle humaine ».

KRESSMANN (P.-J.-A.). — *Humanisme médical contemporain et recherche d'une médecine chrétienne* (thèse Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1945).

LABORIE (P.). — « A propos du Service social à l'hôpital » (*T.H.S.S.*, n° 68, p. 33).

LAPIE (Victor). — « Médecine et naturisme », in *Illustration* du 27 novembre 1943.

LAPORTE (André). — *L'Assistance publique et privée en France* (1952).

LAUDINET (J.). — « Aperçu sur l'organisation hospitalière » (*T.H.S.S.*, n° 56).

LECONTE DU NOUY. — *L'homme devant la science* (Flammarion, Paris, 1939).

LÉON XIII. — Encyclique *Rerum novarum* (15 mai 1891).

MAC-AULIFFE (Jean). — *La Révolution et les hôpitaux* : 1789 à 1891 (thèse de Doctorat en Médecine, Paris, 1901).

MAURIAC (Pr P.). — « Entre la société et l'homme traqué : le médecin, arbitre et défenseur » (*Bruxelles Médical*, 1939).

— *Aux confins de la médecine* (Grasset, Paris, 1926).

MÉNABREA. — *La Révolution inaperçu* : *Saint Vincent de Paul* (Edit. Daubin, Paris, 1948).

MEUNIER (Léon). — *Histoire de la médecine* (Edit. Le François, Paris, 1924).

MERLE (Dr P.). — « La position du corps médical devant les assurances sociales », in *Nouvelle revue des jeunes*, 25 avril 1930 et 25 juillet 1930.

MEYNARD. — *Etude historique et critique sur les hôpitaux de Bordeaux* (thèse Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1897).

MILLOUS (P.-L.-E.). — *Essai sur la médecine officielle dans l'antiquité gréco-romaine* (thèse Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1903).

MONSAINGEON (Dr). — « La vie dans un hôpital américain » (*Cahiers Laennec*, mars 1947).

MURAT. — *Des causes et origines des hôpitaux.*

Médecine individuelle et médecine collective. — Ouvrage collectif (« Convergences », Spès, Paris, 1949).

MONTARIOL (Louis). — *Sur l'étude et l'exercice de la médecine depuis le XIVe siècle jusqu'à la Révolution française* (thèse Doctorat en Médecine, Toulouse, 1912).

NAMZI (Abdel-Azis). — *La médecine au temps des Pharaons* (thèse Doctorat en Médecine, Montpellier, 1903).

NÉDELEC (Marc). — *Essai sur la réforme de la médecine* (René Julliard, édit., Paris, 1944).

NEVEU (Raymond). — *Notes sur la médecine grecque dans l'Antiquité (depuis les origines jusqu'à l'école d'Alexandrie)* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1906).

NICOLLE (Ch.), FIOLLE, DUHAMEL et MAURIAC. — *Responsabilités de la médecine* (Edit. Alcan, Paris).

OKINCZYCK. — *Humanisme et médecine* (Labergerie, Paris, 1936). — « La profession médicale », in *Les Etudes*, 1933.

Organisation des hôpitaux américains. — *Semaine Médicale des Hôpitaux*, nº 15 du 18 avril 1951.

PASTORELLI (Mme France). — *Servitude et grandeur de la maladie* (Plon, 1934).

PÉRY (Dr G.). — *Histoire de la Faculté de Médecine de Bordeaux et enseignement médical dans cette ville* (1441-1888) (Editions Vincent, Paris, 1888).

PEYRAT. — « La question de la salle commune », in *T.H.S.S.*, nº 15, décembre 1946.

PIE XII (S.S.). — « Discorsi ai medici » (*Orizonte medico*, 1949).

PIGNOT. — *Hôpital du Midi et ses origines* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1885).

POIX (G.). — « La réforme hospitalière », in *Presse Médicale*. Supplément au nº 27, 19 avril 1952.

POUSSON. — « Notice sur l'Hôpital Saint-André », in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er novembre 1928.

— « Enseignement, médecine et vie universitaire à Bordeaux avant la Révolution », in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 28 février 1931.

Présences. — Collection d'ouvrages collectifs.

RÉMUSAT (comte DE). — *Du paupérisme et de la charité légale* (Paris, 1884).

RENAUT et SIGERET. — « Histoire de l'hospitalisation des enfants malades », in *Bulletin Médical*, 1908, p. 129.

Revue de la Sécurité Sociale.

RIQUET (R.P. Michel). — *Le Chrétien face à l'argent.* Conférences de Carême, 1947 (Spès, 1947).

RIVIÈRE (Pr M.). — « Réforme hospitalière », in *Bulletin Société Médicale de Saint Luc* (janvier 1951).

RIST (Ed.). — *Qu'est-ce que la médecine?* (Masson, Paris, 1929).

ROSTAND (J.). — *La biologie et l'avenir humain* (Albin Michel, 1950).

— *L'Homme* (Gallimard, Paris).

— *La vie et ses problèmes* (Flammarion, Paris, 1939).

ROUQUES. — « La misère des hôpitaux parisiens » (*Le Médecin Français*, nº 7-8, juillet-août 1951, p. 144-146).

ROUSSY (Pr Gustave). — « Des brèches dans le mur », in *Presse Médicale*, 25 novembre 1944.

— « L'avenir de la science », in *Presse Médicale*, 19 février 1944.

— « Le vain secret », in *Presse Médicale*, 16 octobre 1943.

ROYER DE VERICOURT (Dr). — « Mission du corps médical dans la communauté », in *Médecine et Communauté.*

SAND (Dr René). — « La construction et la gestion des hôpitaux », in *T.H.S.S.*, nº 20, mai 1947.

— *L'économie humaine par la médecine sociale* (Edit. Rieder, Paris).

— « Soins à l'hôpital et soins à domicile », in *Le Courrier Médical*, 20 octobre 1951.

SAVETIER (R.). — *Les responsabilités médicales* (Lethielleux, 10, rue Cassette, Paris - 6e, 1948).

Semaine sociale de France (XXXVIIIe), Montpellier, 1951 : « Santé et société » (Editions de la *Chronique sociale*).

SPRENGEL (Kurt). — *Essai d'une histoire pragmatique de la médecine* (traduction GEIGER. - Paris, 1809 et 1810).

Techniques Hospitalières, Sanitaires et Sociales. — Revue mensuelle (6, square Desaix, Paris - 15e).

THOILLIER (H.). — *L'hôpital français* (Edit. Max Brezol, Paris, 1943).

TOURNIER (Dr Paul). — *Médecine de la personne* (Delachaux et Niestle, édit., Neufchâtel et Paris, 1942).

— « Sur le respect de la personne du malade », in *Gazette Médicale de France* du 1er décembre 1951.

Travailleuses sociales, in *Informations sociales* du 1er novembre 1950, et in *Semaine Médicale des Hôpitaux*, nº 57 du 6 octobre 1951.

Traz (Robert de). — *Les heures de silence* (Grasset, 1934).

Valéry (Paul). — *Regards sur le monde actuel* (Editions Stock, 1951).

Valéry-Radot (Dr Pierre). — *Deux siècles d'histoire hospitalière* (Paul Dupont, édit., Paris, 1949).

— *Un siècle d'histoire hospitalière* (Paul Dupont, édit., Paris, 1948).

Verger (Dr H.). — « Enseignement médical à Bordeaux depuis 100 ans », in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er novembre 1925.

Vincent (Dr). — « La médecine dans le monde de l'argent », in *Esprit*, mars à juillet 1935.

— « Vers une médecine humaine », in *Esprit* (Editions Montaigne, Paris, 1937).

Wickersheimer (Ch.-A.-E.). — *La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance* (thèse Doctorat en Médecine, Paris, 1905).

Zawish (Carla). — *La formation du médecin chrétien* (Collection des ouvrages de Médecine catholique, dirigée par le Dr Henri Bon).

Zivy (Dr). — « Essai sur l'anarchie et la coordination dans l'hôpital général », in *Gazette Médicale de France*, t. LVIII, no 2, p. 127 ; no 3, p. 197 ; no 4, p. 197 ; no 5, p. 339.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 13

Chapitre premier. — **Historique :**

Les hôpitaux dans l'Antiquité 15
Le Christianisme 24
Saint Vincent de Paul 31
La Révolution 33
Les temps modernes 38

Chapitre II. — **Etude des principes** 41

Chapitre III. — **L'hospitalisation actuelle** (ses conséquences sur l'individu et la famille) 55

Chapitre IV. — **La réalisation : l'hôpital idéal.**

Hospitalisation à domicile 63
Bâtiment et équipement technique 66
Personnel 70
Direction. Services administratifs 74
Vie spirituelle, morale et intellectuelle 77

Additif 79

Conclusions 85

Bibliographie 89

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. SAMIE
21-23, rue Teulère

—

1952

Dépôt légal N° 15.388 — 4e Trimestre 1952